Rok XLIX. Kraków, dnia 30 kwietnia 1910. Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z c. k. uniwersyteckiej Kliniki okulistycznej Radcy Dworu Prof. B. Wicherkiewicza i z c. k. uniwersyteckiego Zakładu mikrobiologii Prof. Dra Nowaka.

Hemeralopia, Xerosis et Keratomalacia.

Podał

Dr Edmund Rosenhauch,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Badania bakteryologiczne nad etyologią zeskórnienia, a zwłaszcza zmiękknienia rogówki, datują się od roku 1874, kiedy Bezold zwrócił uwagę na obecność mikrobów w przypadku zmiękknienia rogówki po odrze. Reymond i Colomiatti znaleźli w przypadkach zeskórnienia połączonego z kurzą ślepotą prątki i ziarenkowce, a Kuschbert i Neisser opisali dokładnie prątki, spotykane na spojówce podczas tego cierpienia i nazwali je prątkami zeskórnienia (Xerosebacillen). Leber i Wagenmann napotkali w zniszczonej tkance rogówkowej (keratomalacia) całe masy ziarenkowców, które niejednokrotnie wypełniały w zupełności światło naczyń. Leber napotkał takie same mikroby w nerkach badanego osobnika i doszedł na podstawie tego do wniosku, że »drobnoustroje te, dostawszy się w niewiadomy sposób do krwi, z prądem jej dostały się do rozlicznych innych przestrzeni naczyniowych, a więc także i do naczyń spojówki i wywołały martwicę w tych miejscach, gdzie się najobficiej usadowiły«. Prątków Leber i Wagenmann w tym przypadku nie znaleźli. Podobny przypadek spostrzegał także i Schultz. Ale niebawem ukazały się prace, które obaliły przypuszczenia powyższych autorów. I tak Braunschweig doszedł do wniosku na podstawie badania 5 przypadków zeskórnienia, że tak zwane prątki zeskórnienia nie mają związku z ogólnem cierpieniem, że prątek ten jest »nieszkodliwym, przypadkowym osiedleńcem w tkance chorej, rozpadającej się«, a zeskórnienie należy uważać za »następowe objawy innych patologiczno-anatomicznych spraw w ustroju«. Przypuszczenie to potwierdziły wkrótce potem badania Schreibera (wykonane na polecenie Neissera), Sattlera, Schleicha, Michla, którzy to autorowie znaleźli prątki zeskórnienia w przebiegu najróżnorodniejszych chorób spojówki, a także i na spojówce prawidłowej. Na podstawie tego i całego szeregu innych badań (Fränkel, Uhthoff, Schwanz, Peters, Morax, Cuenod, Coppez, Trousseau, Axenfeld, Heinersdorf, Lawson, Dalen, Spronck, Hirota i inni), wiemy dziś, że mikrob ten należy do nieszkodliwych saprofitów. Osiedla się on bowiem w worku spojówkowym niemowląt już na drugi dzień po urodzeniu i rozwija się tam, z reguły nie wywołując żadnych objawów podrażnienia (Rosenhauch).

Prócz tych badań pojawiają się następnie publikacye, które w sporadycznych przypadkach zmiękknienia rogówki opisują różne mikroby. I tak znaleźli Fränkel i Franke gronkowce złote, Bahr i Garnier paciorkowce. Loeb opisuje prątki z otoczkami, dość krępe, z zaokrąglonymi końcami, podobne do osłonkowych mikrobów Pfeiffera, ale nie zastanawia się bliżej nad stosunkiem tych mikrobów do cierpienia rogówki u noworodków. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność gronkowców i paciorkowców. Schanz tłómaczy powstawanie tego cierpienia w sposób następujący: Podczas aktu porodowego dostają się mikroby z pochwy do worka spojówkowego. Jeśli następnie noworodek ulega jakiejś wyniszczającej chorobie, tkanki stają się mniej odporne, przychodzi do bujania mikrobów w worku spojówkowym i następnie do zmiękknienia rogówki. Należy jeszcze wspomnieć o badaniach Uhthoffa i Axenfelda, którzy w dwóch przypadkach zmiękknienia rogówki wyosobnili paciorkowce ropotwórcze. Autorowie ci stwierdzili również jadowitość wyosobnionych mikrobów doświadczalnie. Mikroby te bowiem, zaszczepione na rogówkę królika, wywołały groźne zapalenie rogówki z ropniakiem przedniej komórki. Ciekawy również przypadek opisuje Schimmelpfennig u 18-miesięcznego dziecka, wyniszczonego długotrwałą biegunką, połączoną z wymiotami. Zajęte były oba oczy. Na jednem było owrzodzenie, które przebiło już błonę Descemeta, na drugiem było wybitne zeskórnienie przyrogówkowe, sama zaś rogówka lekko tylko zmętniała. Dziecię to wkrótce umarło z powodu zapalenia płuc. Badanie mikroskopowe gałek ocznych wykazało sprawę ropną, podobną do tej, jaką Leber, Uhthoff i Axenfeld opisali przy owrzodzeniach rogówki. O dokładnych badaniach bakteryologicznych autor nie wspomina. Pisze tylko, że zauważył mnóstwo ziarenkowców i nieliczne prątki, leżące pomiędzy komórkami i na nich. W naczyniach nie spotkał żadnych mikrobów, a i cała sprawa chorobowa przemawiała za tem, że w tym przypadku zakażenie pochodziło z zewnątrz.

Wreszcie ogłasza badania bateryologiczne nad zmiękknieniem rogówki Knaebel. Autor ten spostrzegał w 3 przypadkach tego cierpienia obok prątków zeskórnienia także gronkowce, raz nadto dwoinki zapalenia płuc. Jednakże żadnego z tych mikrobów nie uważa za swoisty dla zmiękknienia rogówki. Podobnie zapatruje się na tę sprawę Grenouw.

Badania bakteryologiczne z przypadków zmiękknienia rogówki nie dały zatem dotąd żadnych pewnych wyników; nie wykryły mikrobów, któreby można uważać za swoiste dla tego cierpienia. Cały szereg autorów jednak zwraca uwagę na inne czynniki, które w tem cierpieniu ważną odgrywają rolę. Czynnikiem tym jest w pierwszym rzędzie kiła, a zwłaszcza kiła wrodzona.

Na związek pomiędzy kiłą a zmiękknieniem rogówki zwrócił już uwagę Horner, Alexander, Michel, niemniej Fuchs.

Dwa przypadki tego cierpienia, w których leczenie przeciwkiłowe dało dobre wyniki, podaje Peltesohn z Hamburga. Podobny również przypadek ogłasza Zirm u 6-tygodniowego dziecka. Drobnowidowo stwierdził on liczne ziarenkowce, których jednakże dokładniej nie określa; ziarenkowce te mnożyły się w rogówce, która jak i całe jej otoczenie nacíekła była licznymi leukocytami. Kilka spostrzeżeń nad zmięknieniem rogówki i związkiem jej z kiłą dziedziczną podaje Wicherkiewicz: »W jakim stosunku kiła stoi do tego rodzaju zachorzenia (keratomalacia) oka, o tem trudno na podstawie dotychczasowych naszych wiadomości coś szczegółowego zawyrokować. Postać tego rozpadu rogówki niczem się nie różni od rozpadu, powstałego przy »encephalitis interstitialis« u dzieci, a przy cholerze w ogóle. Obwiniano działanie poraźne (neuroparalityczne), zatory, to znowu wyłącznie wysychanie tkanki (xerosis), wskutek ubytku płynu ustrojowego przez towarzyszące często tej chorobie rozwolnienie, obok zupełnej odporności przeciw przyjmowaniu pokarmów i napojów. Wreszcie posądzano pierwiastki mykotyczne. Pewnych danych nie dostarczały nam dotychczas rozbiory znanych przypadków. Najprawdopodobniej chodzi tutaj o rozpad tkanki rogówkowej marantyczny, spowodowany upośledzeniem odżywienia wskutek ogólnej choroby, a w danym razie pewnie najczęściej kiły. Oczywiście rozpad występuje przedewszystkiem w miejscu, gdzie rogówka pozostaje niepokrytą, t. j. w środku i dołem, gdy przy wpół otwartych oczach gałka ku górze zbacza, a dalej w obrębie szpary otwartej wysycha także i nabłonek spojówkowy gałki w postaci trójkątów«. A dalej nieco pisze: »Według dotychczasowych naszych wiadomości nie ulega więc żadnej wątpliwości, że do powstania keratomalacyi potrzeba znacznego upośledzenia odżywienia całego organizmu, potrzeba obniżenia sił żywotnych. To obniżenie spotykamy bardzo często w rozlicznych chorobach zakaźnych gorączkowych, a jednak keratomalacya tutaj względnie rzadko występuje. Jeżeli ona częściej właśnie w młodym wieku, ba w najpierwszej objawia się młodości, musi do tego może usposabiać budowa młodej rogówki, z drugiej strony atoli przeważnie właśnie inny czynnik, za który uważamy stanowczo jad kiły wrodzonej, a skłania nas do tego przypuszczenia i skuteczność leczenia przeciwkiłowego, niejednokrotnie nietylko przez nas, lecz także przez innych osiągana i objawy towarzyszące keratomalacyi u noworodków, a wreszcie nieraz zeznania obciążające rodziców«.

Że zmięknienie rogówki pomimo zależności od ogólnego schorzenia ustroju może występować na jednem tylko oku, na to mamy dowód w pierwszym przypadku Wicherkiewicza, gdzie u 3-miesięcznego dziecka rozwinęło się zmięknienie rogówki; cierpienie to ustąpiło pod wpływem kąpieli sublimatowych, maści żółtej, atropiny i opaski. Na podstawie znamion chorobowych u samego dziecka, jak i u starszego rodzeństwa, danych wywiadowych i dobrego wyniku leczenia przeciwkiłowego, można uważać kiłę dziedziczną w tym przypadku za stwierdzoną. Jakżeż więc wobec tego wytłómaczyć wystąpienie zmian chorobowych tylko na jednem oku? Wicherkiewicz tłómaczy to w ten sposób, że ustrój miał czas się wzmocnić, zanim nastąpiło zajęcie oka drugiego, czemu także »zapobiegła natura lub zastosowane leczenie«. Od ogłoszenia powyższych spostrzeżeń minęło już kilka lat, podczas których spostrzegano w klinice krakowskiej szereg nowych przypadków zmięknienia rogówki, które z polecenia R. Dw. Prof. Wicherkiewicza poniżej ogłaszam.

I. 28. VI. 1900 przybyła wieśniaczka z $1^1/_2$-letnią córką Marysią M., podając, że oczy dziecka ropieją od 2 tygodni. Na lewem oku zrobiła się krosta, na prawem podobna zmiana od 4 dni. Dziecię przebywało przed 4 miesiącami jakąś chorobę wysypkową. Matka miała 9 dzieci, trzecie dziecko umarło. Rodzice wypierają się przebycia kiły.

Stan obecny: Na brzuszku i kończynach dolnych, najwięcej na pośladkach, znajdują się blizny lekko zagłębione, czerwone. Podobne blizny widać i na twarzy; po prawej stronie nosa znajduje się większy trójkątny ubytek, sięgający aż do skrzydełka nosowego i wewnętrznego kącika oka. Ubytek ten ma ostre brzegi, a spód twardy, słoninowaty. Dziecko miało przed rokiem szczepioną ospę, limfą wziętą z innego dziecka. Blizny po szczepieniu nie przedstawiają nic szczególnego.

Pr. i l. o: spojówki miernie przekrwione; sine zabarwienie spojówki gałki dookoła rogówki. W obrębie szpary powiekowej przy rogówce miejsca zeskórniałe.

Pr. o: prawie całą dolną połowę rogówki zajmuje rozległe owrzodzenie, ropnie naciekłe. Podobne owrzodzenie, ale rozleglejsze, bo średnicy 8 mm, zajmuje cały środek oka lewego.

Badanie bakteryologiczne wykazało gronkowce i prątki zeskórnienia.

Rozpoznano: keratomalacia, xerosis epithelialis ocul. utr., cicatrices cutis dispersae.

Leczenie: opłukanie, pilokarpina, maść kseroformowa, opaska, kąpiele sublimatowe.

Matka nie chciała dziecka w klinice pozostawić, zalecono jej więc dobre odżywienie i kąpiele. Do oczu przepisano maść kseroformową z żółtą maścią rtęciową. Polecono nadto często przedstawiać się w klinice. Jednakże później matka do kliniki się nie zgłosiła.

II. 1. IV. 1902. zgłosiła się wieśniaczka z $2^1/_2$-letnią córką, T. Maryanną, podając, że od tygodnia oczy dziecka ropieją; poprzednio dziecko cierpiało na długo trwającą biegunkę z wymiotami. Jestto jedyne dziecko; urodziło się z plamami na ciele. Matka miała również przechodzić chorobę, połączoną z plamami na ciele, która jej jednak większych dolegliwości nie sprawiała (kiła?).

Stan obecny: Prawe i lewe oko: wydzielina śluzoworopna, spojówka lekko przekrwiona, na spojówce gałki, obok rogówki, w obrębie szpary powiekowej wyraźne, trójkątne miejsca zeskórniałe.

Prawe oko: cała rogówka zniszczona, wskutek ropnego rozpadu przedstawia się jako jednostajna żółtawa masa ropna.

Lewe oko: w środku rogówki owrzodzenie, 4—5 mm średnicy, ropnie naciekłe, pęknięte, przez nie wypada tęczówka.

Dziecko wogóle źle odżywione, na skórze wysypka guzkowo-plamista. U matki stwierdzono również na obu oczach zeskórnienie. Badaniem bakteryologicznem stwierdzono prócz gronkowców białych i prątków zeskórnienia liczne paciorkowce.

Rozpoznanie: Conjunctivitis xerotica ocul. utr. Keratomalacia oculi dextr. Ulcus corneae, prolapsus iridis oculi sinistri.

Leczenie: opłukanie, pyoktanina, dionina, ciepłe okłady, maść kseroformowa (l. o. nadto galwanokaustyka), kąpiele sublimatowe. Pomimo skrupulatnych przepłukiwań i energicznego leczenia, nie udało się powstrzymać rozpadu lewej rogówki, która w przeciągu kilku dni zniszczała zupełnie, a w jej miejsce wstąpiła tęczówka. W kilka tygodni wypadnięta tęczówka poczęła się zabliźniać i wtedy wypuszczono dziecię do domu. Że wogóle dziecię udało się utrzymać przy życiu, to przypisać można jedynie dobremu odżywianiu w klinice i stosowanemu leczeniu, w którem główne znaczenie należy przypisać kąpielom sublimatowym. Niestety matka przyprowadziła dziecię zbyt późno do kliniki, kiedy choroba zbyt daleko była już posunięta, aby można było choć w części wzrok utracony przywrócić.

(Dokończenie nastąpi).

O gruczołach przytarczycowych

(glandulae parathyreoideae).

Napisał

Prof. Dr Adam Bochenek.

(Ciąg dalszy).

e) Sprawa toksyn przy tężyczce, wywołanej brakiem gruczołów przytarczycowych.

Doświadczenia i badania mikroskopowe wykazały dowodnie, że gruczoły przytarczycowe są gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu. Większość autorów (Jeandelize, Pineles, Biedl) wyraża zdanie, że czynność tego gruczołu polega na tem, iż jego wydzielina może zobojętniać trujące produkty, tworzące się w prawidłowej przemianie materyi.

Tężyczka po usunięciu ciałek przytarczycowych jest więc następstwem samozatrucia. Powstaje ona jako następstwo zatrucia ustroju trucizną, która wskutek uszkodzenia lub upośledzenia czynności ciałek przytarczycowych w ustroju się nagromadza. Dlatego też szereg autorów dążył do wykazania istnienia we krwi i w moczu zwierząt, chorych na tężyczkę, swoistych własności trujących.

Jeszcze przed poznaniem znaczenia ciałek przytarczycowych w roku 1884 stwierdził Colzi, że wstrzyknięcie krwi psa, dotkniętego tężyczką, psu, któremu dopiero co usunięto gruczoł tarczowy, wywołuje napad tężyczki. Te doświadczenia powtórzyli w rok później Ughetti i Mattei z wynikiem ujemnym. W roku 1888 stwierdził Rogowicz, 1) że jeżeli psu zdrowemu upuści się naprzód znaczną ilość krwi, a później wstrzyknie krew psa, będącego w napadzie tężyczki, to zdrowy ten pies okazuje w następstwie wyraźne objawy tężyczki. 2) Jeżeli takie samo doświadczenie wykona się na psie, któremu dopiero co wycięto gruczoł tarczowy, to pies taki ulega napadowi kurczów mięśniowych. W r. 1889 Fano i Zanda potwierdzili spostrzeżenia Colziego i dodali do nich nowe, t. j. że kurcze u zwierzęcia, dotkniętego tężyczką, można chwilowo wstrzymać przez infuzyę fizyologicznego rozczynu soli kuchennej.

Sgorbo i Lamari (1892) uzyskali u kota zdrowego napad tężyczki po wstrzyknięciu śródotrzewnem surowicy kota, będącego w napadzie tężyczki. Gley w całym szeregu doświadczeń stwierdził toksyczność krwi psów z wyciętym gruczołem tarczowym. Natomiast Baldi, wprawdzie na bardzo małym materyale doświadczalnym, otrzymał wyniki zupełnie ujemne. Biedl w r. 1904 powtórzył z wynikiem dodatnim doświadczenia Colziego i drugie doświadczenie Rogowicza.

Wreszcie w r. 1908 Pfeifter i Meyer wykonali szereg szczegółowych badań w kierunku wykazania właściwości trujących krwi, surowicy i moczu zwierząt, cierpiących na tężyczkę. Wstrzykiwali oni krew psów chorych na tężyczkę pooperacyjną psom zdrowym, psom, którym dopiero co wycięto gruczoł tarczowy, dalej zdrowym szczurom, myszom, dalej tym samym zwierzętom, którym jednak poprzednio usunęli operacyjnie gruczoły przytarczycowe. Doświadczenia ich doprowadziły rzeczywiście do stwierdzenia, że krew zwierząt, chorych na tężyczkę, zawiera jakąś substancyę trującą, której krew zwierząt prawidłowych nie zawiera. Ustroje o zdrowych gruczołach przytarczycowych nie wykazywały żadnych zmian, natomiast wybitne objawy zatrucia występowały u zwierząt, u których poprzednio gruczoły przytarczycowe uszkodzono. Substancya ta trująca, której w surowicy zwierząt prawidłowych nie zdołano stwierdzić, wywołuje u zwierząt z uszkodzonymi gruczołami przytarczycowymi napad tężyczki, podobny zupełnie do napadu, jaki następuje u tych zwierząt po zupełnem usunięciu gruczołów przytarczycowych. Musi to więc być substancya swoiście toksyczna.

Natomiast próby Pfeiffera i Mayera w celu wykazania istnienia tej substancyi toksycznej w moczu zwierząt chorych na tężyczkę, wypadły ujemnie. Zmiany w nerkach zwierząt chorych na tężyczkę uważają oni za następstwo działania nadmiernej ilości innych produktów rozpadowych, a nie tej swoistej trucizny. Ten zaś rozpad jest następstwem tężcowych kurczów, jakim zwierzęta chore na tężyczkę ulegają.

f) Próby zastąpienia usuniętych gruczołów przytarczycowych przez dostarczanie ustrojowi ich substancyi, lub też wyciągów.

Dawniejsze doświadczenia Eiselsberga, Nicholsona i Baldowskiego wykazywały, że tak przy tężyczce po usunięciu operacyjnem gruczołu tarczowego, jak i przy rzucawce (eclampsia), podawanie większych ilości substancyi gruczołu tarczowego, lub też jego wyciągów, działało bardzo skutecznie, usuwając lub uśmierzając chorobę. Vassale (1905) przekonał się, że u suki, która po usunięciu gruczołów przytarczycowych cierpiała w czasie karmienia na napady tężyczki, podawanie wyciągów z gruczołu tarczowego ratowało zwierzę od śmierci. Vassale, stwierdziwszy poprzednio doświadczeniami związek między tężyczką, a czynnością gruczołów przytarczycowych, sądzi, że w wyciągach z gruczołu tarczowego działały w tych przypadkach produkty wyciągu, otrzymanego z gruczołów przytarczycowych, które współcześnie z gruczołem tarczowym ekstrahowano. Vassale specyalną metodą uzyskał wyciąg z gruczołów przytarczycowych wołu i nazwał ten wyciąg paratyreoidyną lub paratyreoantytoksyną. Skuteczność tego środka, tak podawanego przez usta, jak i stosowanego przez wstrzykiwania podskórne, stwierdził na psach, pozbawionych gruczołów przytarczycowych. Zastosował on także otrzymany przez siebie przetwór, jako lek, podskórnie lub przez usta podawany, w trzech przypadkach rzucawki u ciężarnych, we wszystkich, jak stwierdza, z pomyślnym skutkiem. Uważa on zatem ten pomyślny skutek za dowód, że rzucawkę wywołuje niedostateczna czynność gruczołów przytarczycowych. Sądzi też, że może i w innych chorobach, zwłaszcza umysłowych, podawanie wyciągu z gruczołów przytarczycowych mogłoby dać wynik pomyślny.

Zanfrogini w 5 przypadkach rzucawki u kobiet ciężarnych stosował paratyreoidynę Vassalego, z korzystnym wynikiem. Biedl w doświadczeniach swoich po podawaniu wewnętrznem podobnego wyciągu albo nie otrzymywał żadnego wyniku, albo też tylko chwilowy. Natomiast przy podawaniu znacznych dawek gruczołu tarczowego (20—30 gruczołów tarczowych świni dziennie), lub przy wstrzykiwaniu podskórnem znaczniejszych ilości soku, otrzymanego z gruczołu tarczowego, uzyskiwał powstrzymanie napadów tężyczki u psów, u których wycięto gruczoł tarczowy i gruczoły przytarczycowe.

Pineles (1908) przedsięwziął szereg systematycznych prób z różnymi przetworami, otrzymanymi z gruczołu przytarczycowego, a więc podawał albo gruczoł na świeżo, albo suszony i sproszkowany, albo też roztarty z piaskiem i z mlekiem rozmieszany. Stosował też te przetwory w różny sposób, albo przez podawanie wewnętrzne, albo przez wstrzykiwania podskórne lub śródotrzewne. Do doświadczeń tych używał kotów, które, jak wiadomo, bardzo są czułe na brak gruczołu tarczowego i gruczołów przytarczycowych. Wszystkie jego doświadczenia nie wykazały jednak najmniejszego skutku i napadów tężyczki nie wstrzymywały zupełnie. Pineles zastrzega się jednak, że wynik ujemny jego doświadczeń w tym względzie nie stoi w żadnej sprzeczności z twierdzeniem, iż tężyczka jest następstwem braku lub upośledzonej czynności gruczołów przytarczycowych.

g) Próby przeszczepiania gruczołów przytarczycowych; ich wynik fizyologiczny.

Jeszcze w roku 1892 wykonał Eiselsberg próby przeszczepienia w inne miejsce ustroju kawałków gruczołu tarczowego, które wykazały, że gruczoł ten przyjmuje się zwykle w miejscu, w które został wszczepiony, że ulega unaczynieniu, i że działa prawidłowo dalej.

Przy próbach przeszczepienia gruczołu tarczowego przeszczepił Eiselsberg w r. 1898 wraz z gruczołem tarczowym i gruczołki przytarczycowe Te również przyjęły się w miejscu transplantacyi, zachowały swą budowę, nawet łatwiej, niż sam gruczoł tarczowy. Podobne próby przeszczepienia, przedsiębrane przez Payra, dały również dodatni wynik. Camus (1905) próbował przeszczepiać u królika gruczoł przytarczycowy sam pod skórę ucha. Tu jednak nigdy przeszczepiony gruczoł nie utrzymywał się przez czas dłuższy. Natomiast Christianiemu udało się utrzymać u szczura gruczoł przeszczepiony w śledzionę przez bardzo długi czas, przyczem gruczołek przeszczepiony nie ulegał zmianie budowy. U kota utrzymywała się przeszczepiona tkanka gruczołu przytarczycowego przez lat 5.

Natomiast z wynikiem dodatnim i to tak pod względem samego przyjęcia się gruczołu przeszczepionego, jak i pod względem stwierdzenia jego roli fizyologicznej, wypadły doświadczenia Walbauma. Po wyjęciu gruczołów przytarczycowych zewnętrznych, przeszczepiał je W. pod błonę surowiczą żołądka, poczem wycinał albo zaraz, albo też po pewnym czasie drugą parę gruczołów przytarczycowych. Część królików, operowanych w pierwszy sposób, ginęła zaraz po operacyi, część pozostawała przy życiu przez czas dłuższy; po drugim typie operacyi zwierzęta prawie bez wyjątku żyły bez objawów chorobowych przez czas dłuższy, gdy jednak wycięto im tę część ściany żołądka, w którą poprzednio przeszczepiono gruczołki, ginęły w krótkim czasie.

Dodatnio również wypadły doświadczenia Biedla, który u dwóch psów przeszczepił ich własne dwa gruczołki przytarczycowe w śledzionę. W dwa tygodnie po pierwszej operacyi usunął on im cały gruczoł tarczowy wraz z oboma pozostałymi gruczołkami przytarczycowymi. Jeden z tych psów zniósł drugą operacyę bez żadnych złych następstw, drugi uległ w 4. dniu po usunięciu gruczołu tarczowego i gruczołów przytarczycowych wewnętrznych ostremu napadowi tężyczki, który jednak przeszedł i już się nie powtórzył. Biedl tłómaczy tę przejściową tężyczkę, jako objaw niedostatecznej czynności wszczepionych w śledzionę gruczołków przytarczycowych, które nie mogły sprostać większym wymogom ustroju, będących następstwem nagłego usunięcia drugich ciałek nabłonkowych.

Wreszcie wykonał Leischner (1907) przeszczepienia jednego lub dwóch gruczołków przytarczycowych u szczurów. Wszczepiał je albo w torebkę mięśnia prostego brzucha, albo między torebkę i otrzewnę. Jeżeli przeszczepienie obu gruczołków przytarczycowych wykonał równocześnie, to zwierzęta ginęły w sposób zupełnie podobny, jak po usunięciu obu ciałek nabłonkowych naraz. Jeżeli przeszczepił naprzód jeden, potem w 10 dni drugi gruczoł, to operacye te pozostawały zupełnie bez następstw.

Jeżeli teraz zwierzętom z przeszczepionymi oboma gruczołkami wycięto tę część ściany brzusznej, w którą wszczepiono poprzednio gruczoły, występowały stale objawy tężyczki, poczem zwierzęta wśród wolno występujących zmian ogólnego stanu odżywienia ginęły.

Badania histologiczne wykazywały zawsze istnienie przeszczepionych ciałek nabłonkowych o niezmienionej budowie, (może czasem tylko trochę rozluźnienia ich utkania).

Przeszczepienia te dowodzą więc, że nietylko pod względem anatomicznym gruczołki zostały niezmienione, ale że także pod względem fizyologicznym zachowały swą czynność. Leischner podsunął też myśl, by w ciężkich przypadkach tężyczki u ludzi wykonać przeszczepienie gruczołka przytarczycowego z innego człowieka na chorego. Zastrzegał się jednak, że przeszczepianie jednego gruczołka można przedsiębrać tylko w takich przypadkach, gdzie można u człowieka, któremu się jeden gruczołek usuwa, zbadać, czy są zdrowe trzy inne. Inaczej osobnik, z którego się bierze gruczołek, mógłby się znaleść w niebezpieczeństwie następstw niedostatecznej czynności gruczołków. Taką operacyę z wynikiem dodatnim w kierunku uśmierzenia tężyczki wykonał w roku 1908 Eiselsberg. U chorej, która po wykonanej przez Billrotha operacyi wycięcia wola cierpiała przez lat 25 na przewlekłą tężyczkę, występującą raz ostrzej, raz słabiej, skoro leczenie substancyą gruczołu tarczowego, potem przytarczycowego nie dawało korzystnych następstw, wykonał Eiselsberg przeszczepienie jednego gruczołka przytarczycowego z drugiej chorej. Przeszczepił go mianowicie między otrzewnę i powięź brzucha. Chora po tej operacyi ma się znacznie lepiej, skurcze mięśniowe ustały, objaw Chwostka wprawdzie pozostał, ale pobudliwość elektryczna zmalała. Podobną operacyę wykonał także Garré.

Z tych wszystkich doświadczeń wynika przedewszystkiem, że anatomicznie gruczołek przytarczycowy nie jest zarodkową formą gruczołu tarczowego, gdyż przeszczepiony zachowuje swą pierwotną budowę. Dalej, że fizyologicznie ma czynność odmienną, gdyż przeszczepienie jego udane chroni zwierzęta od napadów tężyczki, a nie chroni ich od przewlekłego charłactwa, będącego stałem następstwem usunięcia gruczołu tarczowego.

h) Zmiany chorobowe, napotykane w gruczołach przytarczycowych.

Sprawą zmian anatomiczno-patologicznych zajął się dokładnie Benjamins. Stwierdził on, że wszystkie rodzaje zmian patologicznych mogą wystąpić w tych gruczołach. Widział więc w nich pewne objawy nieprawidłowego, czy powstrzymanego rozwoju, zwyrodnienia miąższowe, zmiany w stosunkach krążenia, a wreszcie przerost nowotworowy tkanki gruczołków.

Jako skutek powstrzymanego rozwoju uważa wystąpienie długiego kanału, w sąsiedztwie gruczołków leżącego, a opisanego przez Kohna i Kürsteinera. Prócz tego widział torbiele zastojowe, zawierające koloid, o ścianach utworzonych z kilku warstw nabłonka. Trzeba zaznaczyć, że znając embryologiczny stosunek gruczołów przytarczycowych do ciała pozaskrzelowego, musi się mieć pewne wątpliwości, czy opisany kanał i torbiele nie są częściami tego ciała pozaskrzelowego, a nie zmianami rozwojowemi gruczołków. Ze zwyrodnień widział Benjamins zwyrodnienie obrzękowe (hydropische Degeneration), zwyrodnienie barwikowe, dalej zwykły zanik uciskowy, zwłaszcza przy większych i na gruczołki uciskających wolach. W tych przypadkach widywał często także bujanie tkanki łącznej.

Ze zmian w stosunkach krążenia stwierdził niedokrwienie i często napotykane wybroczyny.

W kilku przypadkach obrzękowi towarzyszył drobnokomórkowy, wyraźnie zapalny naciek. Raz widział Benjamins przy gruźlicy prosówkowej mały gruzełek. A wreszcie raz stwierdził nowotwór wielkości głowy dziecka, którego utkanie przemawiało dość wyraźnie za tem, że źródłem jego jest tkanka gruczołu przytarczycowego.

Od czasu, gdy Benjamins zwrócił uwagę, że tkanka gruczołów przytarczycowych może być miejscem pierwotnego ogniska nowotworowego, zwrócono na ten szczegół więcej uwagi i opisano już kilka przypadków podobnych nowotworów.

Ważny jest również fakt, stwierdzony przez Benjaminsa, że w dwudziestu badanych przez niego przypadkach wola (różne formy), nigdy gruczołki przytarczycowe nie były zmienione przerostowo. Przeciwnie wskutek ucisku, jaki wole na gruczołki wywierało, powstawały w nich zmiany wsteczne, wywołane uciskiem rozrastającego się chorobowo gruczołu tarczowego. (Dok. n.).

Oceny i sprawozdania.

Z dziedziny rentgenologii.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał **Dr Adolf Klęsk.**

W nauce tak młodej, jak rentgenologia, stwierdza się ogromny postęp w ostatnich czasach. Postęp ten dotyczy wszystkich dziedzin tej gałęzi nauki lekarskiej, a więc tak strony technicznej, biologicznej, jak i klinicznej. W miarę szerszego zastosowania promieni spotykaliśmy się coraz częściej z tak zwanemi uszkodzeniami rentgenowskiemi. Te z jednej strony dają inicyatywę do ulepszenia instrumentaryum, a z drugiej właśnie te szkodliwe skutki zwracają uwagę na coraz to nowsze strony działania promieni.

Głównem dążeniem techniki w pracy nad ulepszeniem rentgenizacyi jest przedewszystkiem możność dowolnego dawkowania promieni, dalej możność kierowania nimi, zwiększenie lub zmniejszenie siły przenikania ich w głąb, a wreszcie ulepszenia przy prześwietlaniach w zdjęciach fotograficznych.

Co do punktu pierwszego, to wprawdzie wrażliwość na promienie bywa różną wogóle, jednak nie jest znów tak wielką, by przy odpowiedniem i ostrożnem dawkowaniu nie można uniknąć niespodzianek.

Dawkę promieni Röntgena starano się określić przez tak zwany minimalny odczyn ustroju. Jak wiadomo, działanie promieni Röntgena objawia się w ustroju w różnych niejako stopniach i w formie ostrej lub też przewlekłej. Forma ostra obejmuje stopnie: 1) wypadanie włosów i zmiany barwikowe skóry; 2) objawy zapalne, naciek, swędzenie, w następstwie wypadanie włosów, łuszczenie się skóry; 3) wśród silnych bolów powstające nacieki, pęcherze i ropienie; 4) silne zniszczenia skóry, owrzodzenia trudno się gojące. Otóż o ile zmiany wymienione pod 1) i 2) nie przedstawiają dla chorego większych niebezpieczeństw, o tyle już dalsze (pod 3 i 4) są bardzo ciężkiemi powikłaniami. Dlatego też za dawkę najwyższą starano się przyjąć ilość promieni, wywołującą objawy odczynowe na skórze (*Erythemdosis*). Dawkę tę stosujemy zależnie od natury cierpienia albo odrazu, a potem powtarzamy ją po pewnym okresie czasu, lub też leczymy stale mniejszemi dawkami.

Jako teoretyczną jednostkę podał niemiecki Zjazd rentgenologiczny ilość stożka promieni o kącie 1°, która padając na blachę platynową w próżni, pochłonięta przez nią wytwarza w sekundzie jednostkę elektryczności. Jednostka, proponowana przez Anglię, odpowiada energii promieni 1 mg. bromku radu, a mianowicie jego sile ionizującej, t. j. tej, która po przejściu blachy ołowianej, grubej na 1 cm, pozostaje. Jest to t. zw. 1 świeca rentgenowska.

Dla celów praktycznych podano znów inne jednostki.

1) Bordier i Galimard za jednostkę *I* uważają ilość promieni, która z mieszaniny Freunda (3% rozczyn jodoformu w chloroformie) o powierzchni 1 cm² i głębokości 1 cm uwalnia 1 cm jodu.

2) Schwarz podaje jednostkę »kalom«, t. j. ilość promieni, która w rozczynie sublimatowym szczawianu amonowego wywołuje pewne zmętnienie.

3) Guilleminot podał jednostkę *M*, którą oznacza zapomocą ekranu, a która odpowiada działaniu 0·02 bromku radu przy odległości 2 metrów.

4) Levy-Dorn za jednostkę uważa ilość promieni, potrzebną do zdjęcia stawu biodrowego.

5) Holzknecht podaje jednostkę *H*, t. j. ilość promieni, która zdoła do pewnego stopnia zabarwić odczynnik jego chromoradyometru.

6) Kienböck podaje jednostkę *X*, którą oznacza zapomocą papieru fotograficznego; podobnie Strauss.

7) Sabouraud i Noire dawkę *SN* oznaczają ze zmiany barwy odpowiednich pastylek (Baryumplatincyanür) z zielonawej w żółtą.

8) Köhler i Hessmann twierdzą, że ilość promieni ocenić najłatwiej praktycznie ze stopnia ogrzania lampy. Naświetlać można bez obawy, gdy lampa dopiero po 10 minutach zaczyna się rozgrzewać.

Wzajemny stosunek tych różnych jednostek jest następujący: 5 H wywołuje na prawidłowej skórze tułowia odczyn.

$X = \frac{1}{2}H$ Dawka Levy-Dorna = $\frac{1}{8}$—$\frac{1}{10}$ H.
5H = SN (Erythemdosis)
$5x = X = \frac{1}{2}H$

1x jestto mała dawka, którą stosować można codziennie aż do wystąpienia odczynu skóry. — $10x = 2X = H$ nie wolno przekroczyć i stosować powtórnie przed upływem 4 tygodni; $5x = X = \frac{1}{2}H$ stosuje się co 2 tygodnie; 2x — 3x stosować można co 2—3 dni.

Przy 18 cm odstępu przy zrównoważonej lampie otrzymuje się średnio w 8 minut 1 H.

Sposób dawkowania jest dopiero w rozwoju i niemal codziennie zjawiają się nowe sposoby i ulepszenia oznaczania dawki.

Dalszy postęp na polu prześwietlania uzyskano przez wynalezienie sposobu skracania czasu ekspozycyi i wprowadzenie t. zw. szybkich zdjęć (Momentaufnahmen). Ma to dla badań rentgenowskich bardzo wielkie znaczenie. Nie męczy się przytem tak długo chorego, dalej wykonywać można zdjęcia i u chorych niespokojnych, cierpiących na drżączkę, u dzieci, a nadto w razie nieudałego zdjęcia można je powtórzyć bez obawy zaszkodzenia choremu (Groedel-Horn).

Działanie silniejsze promieni w głąb starano się uzyskać przy używaniu twardych promieni i wielkich odstępów, naświetlaniu z różnych stron i używaniu filtrów, t. j. ciał, które pochłaniają tak zwane miękkie, dla skóry szkodliwe promienie, np. glin, szkło, skóra, bawełna i t. p. (Holzknecht, Dessauer, Perthes i t. p.). A działanie promieni w głąb było, jak dotąd, bardzo problematyczne. Tak np. podług Perthesa lampy średnio miękkie w 1 cm głębokości dają już zaledwo 50—60% natężenia promieni, a twarde w 4 cm głębokości 40%, a przy 5 cm zaledwo 25%.

W medycynie wewnętrznej oddały promienie rentgenowskie nieocenione usługi rozpoznawcze przy badaniu płuc (gruźlica, środkowe ogniskowe zmiany zapalne, nowotwory, gruczoły, wysięki, ruchy przepony i t. p.), serca, przewodu pokarmowego i t. p. Nawet niektórzy z kształtu serca starają się rozpoznawać rodzaj jego wady. Tak np. przy niedomykalności ujścia tętniczego serce ma mieć kształt leżącego jaja, a przy zwężeniu podobny, lecz okrąglejszy, przy zwężeniu ujścia żylnego lewego kształt jaja stojącego, a przy niedomykalności podobny, okrąglejszy. Badanie sprawności, kształtu i ruchów przewodu pokarmowego promieniami Röntgena zapomocą podawania papki bizmutowej wyjaśniło też wiele szczegółów co do prawidłowego położenia i ułożenia żołądka, a w sprawach chorobowych żołądka można się rentgenizacyą znakomicie posługiwać w celach rozpoznawczych. Celem ścisłego oznaczenia wielkości danego narządu używa się obecnie projekcyi równoległych i to w ten sposób, że 1) albo ustawia się lampę tak daleko, iż kąt rozbieżności promieni nie wchodzi już w rachubę, 2) albo otrzymujemy obraz zapomocą cienkiego snopa promieni w pobliżu, oglądając kolejno wszystkie punkta. Obrazy, narysowane w ten sposób, zowiemy ortorentgenogramami.

W chirurgii promienie Röntgena oddają cenne usługi rozpoznawcze przy złamaniach kości, zwłaszcza drobnych, np. ręki, stopy i t. p., dalej przy oglądaniu i wyszukiwaniu ciał obcych, kamieni nerkowych i pęcherzowych i t. p. Przez wpędzanie tlenu do stawów i pęcherza otrzymuje się znacznie wyraźniejsze obrazy (Werndorff, Robinson). Promienie Röntgena oddają także cenne usługi przy badaniu schorzeń bocznych jam nosa. Celem uzyskania dokładnego obrazu kamieni robi Köhler zdjęcia na 2 płytach, zwróconych do siebie stroną warstwową (Schichtseite), a Robinson na 2 płytach, zwróconych do lampy tąż stroną, przez co promienie wtórne mają się filtrować.

Leczniczo stosuje się rentgenizacyę obecnie w najrozmaitszych cierpieniach. Przedewszystkiem zwrócono się do prób leczenia nowotworów. Późniejsze rozleglejsze doświadczenie ochłodziło nieco początkowy zapał, jednakże zaprzeczyć się nie da, że czasem wyniki lecznicze są korzystne. Lepiej działa to leczenie na nowotwory, obfitujące w komórki, niż na nowotwory, zawierające dużo substancyi międzykomórkowej (Mader). Bardzo czułe na promienie są zwłaszcza szybko rosnące mięsaki (Kienböck). Korzystne wyniki osiągnięto np. przy mięsakach śródpiersia (Elischer, Engel i t. p.). Co do raków, to podług Schmidta, najlepiej działają promienie Röntgena na guzy owrzodziałe, gorzej już na raki pokryte skórą i na raki, usadowione na bło-

nach śluzowych. Tak np. Schmidt na 57 raków skórnych osiągnął w 31 wyleczenie, trwające ponad 3—4 lat. Poleca on stosować 14 dni zwykłą dawkę (Erythemdosis). Gdy po 5 naświetlaniach niema poprawy, należy operować. Tak zwany wrzód drążący (*ulcus rodens*) u młodych osobników opiera się zwykle leczeniu. I rentgenologowie nie mogą się jednak pochwalić zbyt korzystnymi wynikami, a w ostatnich czasach odzywają się nawet głosy, przeczące temu, by rentgenizacya działała na nowotwory. Rehn twierdzi np., że często wyleczenie jest tylko pozorne. Owrzodzenie goi się z wierzchu, a rak drąży dalej w głąb i występują przerzuty. Niemniej zaprzeczyć się nie da, że promienie Röntgena działają korzystnie w przypadkach raków, nie nadających się do operacyi: łagodzą bole, oczyszczają, goją owrzodzenia i wpływają przez to chwilowo korzystnie nawet na stan ogólny.

Z innych cierpień znalazło leczenie promieniami Röntgena wielkie zastosowanie przedewszystkiem w chorobach skórnych i oddaje tu rzeczywiście cenne usługi, np. przy figówce, wypryskach, trądziku i t. p. — Przy białaczce przez leczenie promieniami Röntgena możemy znacznie przedłużać życie chorych, zwłaszcza w białaczce szpikowej. Leczenie choroby Basedowa i wola jest jeszcze bardzo niepewne, podobnie jak np. gruczołów gruźliczych, przerostu stercza i t. p. Niezłe wyniki osiąga się przy twardzieli nosa (Schein, Rydygier, Freund, Navratil, Meyer i t. p.). Immelman spostrzegał korzystne wyniki przy przewlekłem zapaleniu oskrzeli i przy dychawicy (prześwietla ze wszystkich 4 stron klatkę piersiową po 2 minuty), Levy znowu zaprzecza temu, uważając wyniki za skutek sugestyi. Podobnie wyniki leczenia przy chorobach kobiecych są niepewne, choć niektórzy opisują po leczeniu ustanie krwawień przy mięśniakach i t. p.

Co się tyczy strony, że tak powiem, prawnej, to co do uszkodzeń rentgenowskich powiedzieć należy, że wobec ostrożnego dawkowania powinny one obecnie należeć do wielkich rzadkości. Na Zjazdach rentgenologicznych zastanawiano się nieraz nad tą sprawą, a Gocht podaje w tej sprawie następujące przestrogi: 1) Leczeniem i wogóle manipulacyą promieniami Röntgena zajmować się powinien jedynie lekarz, i to bardzo dobrze obznajomiony z całą techniką. 2) Nigdy nie powinno się zapominać o przestrzeganiu możliwych ostrożności. 3) Podczas posiedzenia nie należy ani na chwilę opuszczać gabinetu. 4) Chorego należy zawsze przestrzedz, że uszkodzenie może mimo wszelkich ostrożności przecież się zdarzyć. 5) Należy zawsze dokładnie zapisywać warunki, w jakich się pracuje. Pamiętać też należy o tem, że chory może się równocześnie leczyć u drugiego lekarza rentgenizacyą i dlatego należy o to zawsze pytać (Blum). Częściej, niż u chorych, występują uszkodzenia rentgenowskie u pracowników na tem polu, np. lekarzy, techników, służby, sióstr miłosierdzia i t. p.

Uszkodzenia rentgenowskie, a zwłaszcza owrzodzenia, zgrubienia i zrogowacenia naskórka, opierają się bardzo leczeniu tak, że czasem jedynie zabieg operacyjny, a więc wyskrobanie, wycięcie i przeszczepienie dopiero pomaga.

Przy badaniu przewodu pokarmowego papką bizmutową należy pamiętać o możliwości zatrucia. Niektórzy polecają zamiast azotanu (*bismuthum subnitricum*) węglan, a w ostatnich czasach Kaestle przemawia za zupełnem usunięciem bizmutu i wprowadzeniem w miejsce jego zupełnie nieszkodliwych przetworów toru (*thorium oxydatum anhydricum*); inni radzą żelazo magnetsowe.

Badanie promieniami Röntgena znalazło zastosowanie także i w medycynie sądowej, przy oznaczaniu wieku danej osoby. Przekonano się bowiem, że kostnienie krtani rozpoczyna się u kobiet w 15. roku życia, u mężczyzn zaś w 18—19, mianowicie w dolnej tylnej części chrząstki tarczowatej (Draeskel, Scheier, Chiewitz i t. p.).

Dla rozstrzygnięcia, kiedy wolno leczyć nowotwory rentgenizacyą, a kiedy należy je operować, podaje Mader następujące zasady: 1) Wolno wybierać między rentgenizacyą a operacyą tam, gdzie zabieg wykonaćby należało bardzo rozległy, a wynik jego jest wątpliwy. 2) Wskazana jest rentgenizacya, gdy chory na operacyę się nie zgadza, lub też przypadek już się nie nadaje do operacyi z powodu rozległości nowotworu, przerzutów lub braku sił u chorego, lub też gdy nowotwór jest tak usadowiony, że bardzo jest wątpliwem, czyby go można operacyjnie usunąć w całości.

Co do szkodliwego działania promieni na płodność, to trzeba i w tym kierunku zachowywać wielką ostrożność, zwłaszcza u mężczyzn, albowiem ostatnie doświadczenia Requauda i Dubreuila na zwierzętach wykazały, że przy silnem naświetlaniu znikają plemniki przejściowo i np. spółkowanie po naświetlaniu nie może zapłodnić. Natomiast dotychczasowe próby wyzyskania tej własności promieni Röntgena dla wywołania niepłodności u kobiet wypadły ujemnie.

Niszczący wpływ promieni Röntgena, zwłaszcza na ciałka białe, starano się zużytkować także w leczeniu spraw ropnych, mianowicie celem uwalniania zaczynów proteolitycznych na zasadzie doświadczeń Müllera i Peisera. Goldberg, opierając się na badaniach Heilego, leczy ropnie gruźlicze w następujący sposób: Wstrzykuje w ropień rozczyn nukleinianu sodu, przez co wywołuje wybitne nagromadzenie się w ropniu ciałek białych, poczem naświetla to miejsce silnie promieniami rentgenowskimi, które, jak wiadomo, wywolują rozpad ciałek białych, a przez to uwalnianie się zaczynu proteolitycznego, tak potrzebnego do trawienia ropy gruźliczej. Jak dotąd ma Goldberg podobno wyniki wcale dobre.

W końcu zaznaczyć należy, że obecnie powinien lekarz np. w przypadku złamania kości wspomnieć choremu o badaniu promieniami Röntgena, a to dlatego, by potem chory nie miał do lekarza pretensyi (Karewski); z drugiej jednak strony przestrzega König, by niepotrzebnie w każdym przypadku nie starać się o rozpoznanie jedynie przy pomocy promieni, gdyż przez to z czasem można zupełnie zatracić wprawę i zdolność do rozpoznawania na podstawie objawów klinicznych, a przecież często lekarz musi rozpoznawać bez pomocy rentgenizacyi.

Eijkman. **L'internationalisme medical.** Wydawnictwo »Bureau préliminaire de la fondation pour l'internationalisme« w Hadze. Amsterdam 1910. (2 fr.).

Na zasadzie materyałów, zgromadzonych przez biuro, wspomniane w tytule, kreśli autor treściwie historyę i organizacyę wszelkich międzynarodowych zjazdów, konferencyi, towarzystw i t. p. w różnych działach medycyny i związanych z nią spraw. Na zasadzie tych danych dochodzi autor do wniosku, że tych międzynarodowych instytucyi lekarskich jest za wiele, że praca ich rozprasza się zanadto, a niekiedy niepotrzebnie powtarza, że organizacya ich nie jest prawdziwym wyrazem stosunków naukowo-lekarskich wszystkich krajów i narodów, a zebrania przeciążone są balastem przemówień urzędowych i wykładów bezwartościowych. Gdy komitety narodowe nie będą ciałem martwem, ale rzeczywistem przedstawicielstwem kół naukowo-lekarskich danego kraju, to »oparta na nich międzynarodowa organizacya ogólna będzie miała istotną powagę w całym świecie, a nie będzie do tego potrzebne, aby się rządy tutaj mieszały«. Autor sądzi, że do takiego kierowniczego stanowiska powołany jest świeżo stworzony międzynarodowy komitet zjazdów lekarskich w Hadze, a proponuje, aby ten komitet postarał się o utworzenie stałych komitetów narodowych, czynnych ciągle i rzeczywiście, nietylko na papierze. Komitety narodowe powinny się składać z przedstawicieli towarzystw lekarskich z udziałem przedstawicieli akademii i wydziałów lekarskich; te komitety wysyłałyby do komitetu międzynarodowego swych delegatów, zbierających się na konferencye naukowe w sprawach, wymagających wyjaśnienia. Obok tych konferencyi, którebγ najwięcej przyczyniały się do prawdziwego postępu medycyny, należałoby zachować ogólne zjazdy, ale obradujące tylko nad ważnymi, przez konferencye przygotowanymi tematami; z wykładów postronnych dopuszczone byćby mogły tylko prace, oparte na doświadczeniach. Zjazdy powinny być urządzane przez komitety miejscowe, powstające w siedzibie zjazdu; przemówienia urzędowe powinny być zniesione, natomiast zebrania towarzyskie uważa autor za pożyteczne. (Pomysły autora zbliżają się w niejednem do projektów Prof. Jaworskiego, ogłoszonych w r. z. w »Wiener klin. Wochenschrift«). Z.

Falgowski. **Jakich zasad trzymać się należy ze stanowiska społecznego w operowaniu zmian zapalnych przydatków macicy?** (Odbitka z »Przeglądu chirurg. i ginekol.« Warszawa 1910).

Autor w pracy swej nie ma zamiaru wcale rozstrzygać ogólnego pytania co do leczenia tryprowych i połogo-

wych schorzeń przydatków, czy ono ma być raczej zachowawcze, czy operacyjne i uwzględnia tylko leczenie operacyjne. Sądzi on, że u kobiet ciężko fizycznie pracujących należy uwzględniać tylko takie sposoby operowania, które doszczętnie je leczą i rychło pozwalają im powrócić do zarobkowania. Odrzuca przeto wszelkie sposoby operowania zachowawczego, a za jedynie celowe uważa zabiegi doszczętne, to jest usuwanie schorzałych przydatków wraz z macicą, i to na drodze pochwowej, jako bezpieczniejszej, dla chorej przyjemniejszej i wymagającej krótszego leczenia pooperacyjnego.

W myśl podanych zasad operował autor doszczętnie drogą pochwy 73 kobiet, dotkniętych przewlekłem schorzeniem przydatków, przyczem uzyskał bardzo dobre wyniki, bo śmiertelność wyniosła $1^1/_2\%$; 67 kobiet odzyskało w 6—8 tygodni po zabiegu zupełną zdolność do pracy, 5 zaś odzyskało ją po dłuższem leczeniu pooperacyjnem. Z objawami braku czynności jajników po wytrzebieniu nie miał autor wiele kłopotu, bo tylko 11 kobiet z 73 operowanych cierpiało z tego powodu i to przez krótki przeciąg czasu; zdaniem autora, kobiety ciężko fizycznie pracujące nie miewają zwykle ciężkich przypadków po wytrzebieniu.

W końcu swej pracy rzuca autor myśl potrzeby zakładania przy wszystkich klinikach i szpitalach uzdrowisk, gdzieby chorzy po zabiegach operacyjnych mogli przez jakiś czas przebywać jako ozdrowieńcy, coby znamienicie przyspieszało powrót ich zdolności do pracy. S. D.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Kręgosłup i kończyny).

Prof. Klapp. **Wyrobienie prostej postawy ciała i znaczenie jego w powstawaniu schorzeń ortogenetycznych.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 11—12). Wiele wad, schorzeń i zaburzeń odnieść należy podług K. do nieprzystosowania się jeszcze ustroju ludzkiego do prostej postawy ciała w porównaniu z postawą, jaką zachowują zwierzęta czworonożne. Należy tutaj n. p. skrzywienie kręgosłupa, zastawki żylne (u człowieka także w żyłach śródżebrowych), zmiana kształtu klatki piersiowej w okrągło-płaską z grzebieniowatej, (jak u ptaków i zwierząt), żebra szyjne i t. p. To niedokładne przystosowanie się do nowej postawy jest jeszcze obecnie przyczyną licznych zaburzeń, jak występowania stóp płaskich, kolan koślawych, żylaków, przepuklin, opadnięć trzew i t. p. Bez wątpienia do tego rzędu schorzeń należy też białkomocz ortostatyczny, występuje on bowiem jedynie przy staniu, a znika przy leżeniu. Na te wszystkie zaburzenia poleca Klapp jako środek najodpowiedniejszy, swoje pełzanie, albowiem pozwala ono niejako »odpocząć narządom w dawnem położeniu«. Pełzanie to, zwłaszcza z modyfikacyą Fränkla, jest bardzo dobrym środkiem gimnastyki klatki piersiowej, która ewentualnie zapobiegać może gruźlicy, korzystnie wpływać na zaburzenia krążenia, leczyć skrzywienia kręgosłupa i t. p. K.

Prof. Vulpius. **Postępy i cofanie się w leczeniu skrzywień kręgosłupa.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 47). Mimo postępów ortopedyi wyniki leczenia skrzywień kręgosłupa nie są obecnie wcale lepsze, niż dawniej. V. odnosi wrażenie, że są one nawet gorsze, niż przed kilkudziesięciu laty, a to dlatego, że z powodu braku czasu i większego materyału staramy się obecnie leczyć szybko, mniej zważając na trwałe wyniki. Böhm zwrócił uwagę, że często skrzywienie kręgosłupa jest dziedziczne i polega na asymetryi kręgów, zwłaszcza ostatniego lędźwiowego, który po jednej stronie łączy się wprost z kością krzyżową. Przypadki takie dają naturalnie gorsze rokowanie. Za wiele nacisku kładzie się też na etyologię skrzywień kręgosłupa z przyczyny nauki szkolnej. Szkoła przyczynia się wprawdzie do tego, ale ciężkie skrzywienia kręgosłupa mają inne przyczyny, a głównie krzywicę. Herz z Nowej Zelandyi donosi, że skrzywienia kręgosłupa spostrzega się tam w szkołach, mimo braku nadzoru lekarskiego, bardzo rzadko, bo też bardzo rzadko występuje tam krzywica. V. jest też dlatego przeciwnikiem modnego obecnie w szkołach »leczniczego gimnastykowania dzieci«, dokonywanego przez nie-lekarzy. Wiedzie to tylko do zaniedbywania sposobnej chwili leczenia, a na skrzywienia wpływu niema, bo laik musi prowadzić gimnastykę niefachowo.

Leczenie skrzywień kręgosłupa »pełzaniem« podług Klappa, z powodu za szumnej reklamy publicznej zwróciło się także w zupełnie mylnym kierunku. Nowsze badania wykazały, że, aby pełzanie było skutecznem, t. j. aby przy złożonych skrzywieniach nie działało wprost na inne skrzywienia źle, musi być przeprowadzane bardzo skomplikowanie, tak, że przez to główna zaleta tej metody, t. j. prostota i możność stosowania jej przez rodziców na dziecku w domu, zupełnie odpada. V. uważa pełzanie jedynie za dobry sposób wzmacniania kręgosłupa ruchomego, natomiast zupełnie nie wierzy, by działało ono cośkolwiek przy cięższych zniekształceniach i ustaleniach. Tak samo jest V. stanowczym przeciwnikiem »zapobiegawczego pełzania«. Efekt ten sam, a nawet lepszy uzyskać można innymi sposobami, więcej higienicznymi. Bierne prostowanie i leczenie gorsetem pozostanie i nadal jednym z najważniejszych czynników przy leczeniu skrzywień kręgosłupa i zupełną racyę mają ci, którzy stają w obronie gorsetu, odrzucanego przez Klappa.

Leczenie skrzywień kręgosłupa jest bardzo długie i naraża rodziców na koszta, powinniśmy też używać sposobów, któreby leczyły stale, a nie wywoływały tylko chwilowej poprawy, poczem znowu skrzywienie się zjawia i »pieniądze idą na marne«. Z ręką na sercu trzeba przyznać, że wyniki naszego leczenia nie są świetne. Leczymy formy początkowe, poprawiamy średnie, a nawet osiągamy pewien efekt, n. p. zmniejszenie bolów, a nawet ich usunięcie i poprawę kosmetyczną w przypadkach ciężkich, ale to wszystko nie stoi w stosunku do wyłożonych trudów. Prawda, że bardzo często rodzice nie mają cierpliwości przeprowadzać tak długo leczenia. Dawniej istniały t. zw. »Scoliosen - Institute«, gdzie prócz właściwego leczenia dbano i o naukę szkolną, przez co dzieci nie traciły niczego w studyach. Obecnie instytuty te znikły z widowni i leczenie skrzywień odbywa się dodatkowo w chwilach wolnych poza nauką szkolną. A jednak miały te instytuty racyę bytu i to wielką, i dlatego V. jest zdania, że jeżeli mamy w przyszłości liczyć wogóle na wyniki i postęp w leczeniu skrzywień kręgosłupa, to jedynie wprowadzenie na nowo takich instytutów zdziałać to może. K.

Delorme. **W sprawie złamania piątego kręgu lędźwiowego „z podźwignięcia się“.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 10). Przypadki złamania piątego kręgu lędźwiowego nie są tak rzadkie, tylko nie bywają rozpoznawane, a chorych uważa się często niesłusznie za symulantów, zwłaszcza, że cierpienie to powstać może nieraz i po nieznacznym urazie. Objawy kliniczne są następujące: Nieznaczne zmniejszenie długości ciała, niezdolność noszenia i dźwigania ciężarów, bole w krzyżach, sztywność dolnego odcinka kręgosłupa, ew. skrzywienie boczne kręgosłupa, a przy dłuższem trwaniu zaniki mięśni pośladkowych i grzbietowych, przeczulice nerwowe i t. p. W wywiadach chorzy podają, że »podźwigali się«, przyczem przy podnoszeniu poczuli, albo i posłyszeli trzeszczenie lub pękanie w kręgosłupie. Dokładne rozpoznanie uzyskać można zapomocą fotografii rentgenowskiej, na której cechującem jest zupełne zniknięcie trzonu piątego kręgu lędźwiowego, a to z powodu wysunięcia się złamanego trzonu ku przodowi. Wyrostki ościste zostają przytem do siebie zbliżone z dołu lub z góry. Najczęściej z kręgów ulega złamaniu właśnie piąty krąg lędźwiowy, a to z powodu, że stoi on na granicy ruchomej i stałej (kość krzyżowa) części kręgosłupa. K.

Lange. **Operacyjne leczenie zajęcia kręgów zapomocą wgajania drutów stalowych.** (Tow. lek. Monachium, 19. V., 1909). Zajęcia chorobowe kręgów leczymy obecnie głównie ortopedycznie z pomocą łóżeczek, opatrunków, lub gorsetów. Nie da się zaprzeczyć, że bezpośredni wynik leczenia bywa zwykle dobry. Znikają bole i porażenia, a ewentualny garb prostuje się. Jeżeli leczenie takie, n. p. w łóżeczku stosujemy systematycznie przez 3—4 tygodni, to w wielu przypadkach uzyskać można bardzo dobre wyniki. Nie zawsze jednak tak bywa. Przedewszystkiem nieraz nie możemy przeprowadzać tak długo leżenia, zwłaszcza w klasie biedniejszej; dalej mimo tego leczenia, a nawet mimo noszenia następowo gorsetu, z biegiem czasu garb zaczyna się wytwarzać na nowo, a przyczyna tego jest podwójna. Po pierwsze w razie zniszczenia trzonu łuki rosną dalej i przez to garb się powiększa, a powtóre noszenie gorsetu wpływa ujemnie na mięśnie prostujące grzbiet.

Z tych powodów już przed 7 laty wpadł L. na myśl, by kręgosłupowi stwarzać sztuczną podporę, ale nie od zewnątrz, jak to czynią gorsety, lecz od wewnątrz. Najodpowiedniejsze wydały się druty stalowe. Wykonał też L. przed 7 laty taką operacyę i umocował po obu stronach kręgosłupa zapomocą szwów srebrnych 2 druty stalowe. Szwy jednak puściły i z powodu ropienia trzeba było druty usunąć. W r. 1908 przystąpił L. znowu do podobnej operacyi i druty umocował zapomocą jedwabiu parafinowo-sublimatowego. Nastąpiło wgojenie zupełne i chory obecnie miewa się zupełnie dobrze, pracując nawet w kuźni, a ruchomość kręgosłupa jest tylko w dolnej części trochę upośledzona. Sposób ten stosuje L. obecnie także przy porażeniach stopy celem wywołania zesztywnienia stawu skokowego. Druty są pocynowane; niklowane nie nadają się zupełnie. K.

Fischer-Defoy. **Leczenie złamań kości w Niemczech przy końcu XVII. wieku.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 39). O leczeniu złamań kości w XVII. wieku w Niemczech donosi F. na podstawie dwóch dzieł: Purmanna (ur. 1648) i Muralta (ur. 1645). Nie stosowano wtedy jeszcze naturalnie uśpienia, i dlatego wszelkie »składania« kości odbywały się gwałtownie przy licznej asystencyi. Po wyciągnięciu kończyny i ułożeniu kości zakładano na dane miejsce t. zw. plaster od złamań, składający się z żywicy, terpentyny i innych roślinnych dodatków. Plaster ten zakładano naokoło miejsca złamania, zostawiając tylko pomiędzy brzegami przestrzeń na palec, by nie zaciskał całkiem kończyny. Na plaster kładziono podwójne płótno, zmaczane w occie piwnym i zawijano opaską na dłoń powyżej i poniżej złamania, również zmaczaną w occie. Potem po obu stronach kończyny układano łupki lipowe, umocowywano je opaskami i kończynę układano nieco podniesioną w korytko ze słomy lub skóry. Pierwszy opatrunek zmieniano po 4—8 dniach, smarując miejsce złamania olejkiem różanym i zakładając taki sam opatrunek. Gojenie takie trwało najdłużej (udo) do 50 dni. Gdy chory nie znosił plastra, sporządzano coś w rodzaju sztywnego opatrunku z płótna, napojonego masą traganty. W razie ciężkich złamań nie liczono się ze sposobami leczenia, które uznano za stosowne, tak n. p. przy złamaniu szczęki polecał Muralt przyciskać do siebie odłamki rękami 4 kobietom, zmieniającym się po kolei przez 8 dni i nocy. Ropienie powikłanych złamań uważano za rzecz całkiem naturalną. A.

Christen. **Leczenie złamań podług Steinmanna i Zuppingera.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 48). Leczenie złamań traktowane było dotąd wogóle po macoszemu i dopiero promienie Röntgena obudziły nieco większy ruch w tej sprawie. Wielką zasługę w tej sprawie zyskał sobie Bardenheuer, zwracając uwagę na wielkie zalety wyciągu, przez co wyrugował zwolna szablonowo stosowany wszędzie opatrunek gipsowy, jednak i wyciąg Bardenheuera nie zawsze oddaje zupełnie dobre usługi, a przeszkadza temu napięcie mięśni. Celem pokonania tego napięcia używa się bardzo wielkich obciążeń, co znowu nie jest obojętnem n. p. dla stawów. Wadę tę usuwa Steinmann w ten sposób, że wbijając gwoździe w obwodowy odłamek kości, ciągnie wprost za kość, przez co działa znacznie silniej, a przy mniejszem obciążeniu. Zuppinger zaś twierdzi, że przy pewnych ułożeniach kończyn napięcie mięśni jest bardzo małe i tego też ułożenia używa do wyciągu, przez co obchodzi się małem obciążeniem. N. p. Bardenheuer dla uda używa 25—30 kg, a Zuppinger przy lekkiem zgięciu w biodrze i kolanie osiąga tosamo zapomocą 5 kg. Wyniki leczenia chorych, ubezpieczonych od przypadku, sposobem Zuppingera są też wcale dobre, a znacznie lepsze od wyników Bardenheuera. Przyrządy Zuppingera mają jeszcze tę zaletę, że są ew. ruchome i dozwalają od początku na małe ruchy w stawach i miesienie.

Sposób Steinmanna usuwa często przesunięcia, nawet zastarzałe, czego zwykły wyciąg uczynić nie może. Nadto ma on jeszcze tę zaletę, że stosować go można przy złamaniach powikłanych, dalej w najniedogodniejszych nawet dla zwykłego wyciągu miejscach, że odpada użycie plastra, że zapobiega się odleżynom i że można łatwo wykonywać wyciągiem różne poprawy ułożenia kości i t. p. Leczenie to jest bezbolesne, zakażenie nie występuje łatwo, technika bardzo łatwa. K.

Prof. Vulpius. **Nowoczesne leczenie wrodzonego zwichnięcia biodra.** (Mediz. Klinik 1910, Nr 48). Vulpius rozpatruje sprawę leczenia wrodzonego zwichnięcia biodra głównie ze stanowiska lekarza praktycznego. Pierwszem pytaniem, które się tu nasuwa, jest, czy zwichnięcie wrodzone musi wogóle być leczone, lub innemi słowy, jakie powikłania lub ewentualnie niebezpieczeństwa powstać mogą w razie nie leczenia tego cierpienia? Odpowiedź łatwa. Jeżeli cierpienie jest jednostronne, główka posuwa się stale ku górze i tyłowi, przez co skrócenie kończyn się zwiększa, chorzy kuleją coraz więcej, w końcu zjawia się skrzywienie kręgosłupa. Przy nieleczonem zwichnięciu obustronnem tworzy się z czasem wygięcie kręgosłupa ku przodowi, chód staje się coraz więcej męczącym i wahadłowym, a nierzadko zjawiają się przykurczenia mięśni przywodzących. Na drugie pytanie, kiedy należy rozpocząć leczenie, odpowiada V.: o ile możności jak najwcześniej, a więc w drugim roku życia, nim dziecko zacznie na dobre chodzić, gdyż przez obciążanie pogarsza się stan. Kto powinien przeprowadzać leczenie? Pomimo tego, że wielu ortopedów twierdzi, iż zwichnięcie wrodzone leczyć powinien lekarz praktyczny, V. jest przeciwnego zdania, a to dlatego, że lekarz praktyczny niema ani czasu, ani odpowiedniej techniki, ani nawet odpowiedniego materyału do leczenia. O ile jednak lekarz praktyk nie jest obowiązany leczyć, o tyle z drugiej strony powinien znać dokładnie sposoby i przebieg leczenia, gdyż chory wśród leczenia pozostaje zwykle pod jego opieką. U małych dzieci próbujemy najpierw leczenia zachowawczego przez umocowanie odciągniętych w biodrze kończyn zapomocą zewnętrznych szyn, przyczem stosujemy miesienie. Nieraz w początkach osiągnąć można przez to postępowanie wcale dobre wyniki. Zachwalane przez niektórych ortopedów (Hoffa) odprowadzanie krwawe odrzuca K. w zupełności i nigdy go nie stosuje. Jest ono zabiegiem ciężkim i niebezpiecznym, nie daje wcale dobrych wyników i nie chroni od nawrotów zwichnięcia, a czasem pozostawia po sobie zesztywnienie lub przykurczenie. Odprowadzać należy zawsze bezkrwawo. Jeżeli nie udaje się to odrazu, nie należy się zrażać, lecz próbować kilkakrotnie, etapami. Pierwszy manewr przy odprowadzeniu polega na odprowadzeniu na zewnątrz silnie zgiętego uda, potem dołączamy odwiedzenie (abdukcyę) i naciągnięcie mięśni przywodzących, w końcu wyprostowanie i ucisk na krętarza wśród ruchów okrężnych, wśród których główka przeskakuje przez dolny i tylny brzeg panewki.

Bardzo trudnem zadaniem jest zatrzymanie główki. Jeżeli odprowadzenie nie uda się na pierwszem posiedzeniu, w takim razie zakłada V. wyciągowy opatrunek Heusnera na 2—3 tygodni, poczem przystępuje znowu do odprowadzenia. Gdy i wtedy nie uda się odprowadzenie, to w najkorzystniejszej pozycyi odsiebnej (abdukcyjnej) zakłada V. gips na 8—10 dni i znowu potem próbuje odprowadzenia. Pierwszy opatrunek (zwykle w silnem odwiedzeniu) zatrzymuje się średnio 2 miesiące, poczem zakłada się nowy, zmniejszając ostrożnie abdukcyę. V. wywiera ucisk na panewkę zapomocą bucików, które wyciągowo wpychają udo do panewki. Buciki te nosi chory, będący w opatrunku. Trzeci opatrunek zakłada się w 4—6 tygodni. Tak więc ogółem umocowanie trwa zwykle 4—6 miesięcy, poczem przystępujemy do wzmocnienia mięśni i uruchomienia stawu, a to zapomocą gimnastyki, miesienia i ćwiczeń w marszu, przyczem zatrzymujemy jeszcze na nodze i miednicy ochraniacz ustalający, a pod zdrową stopę dajemy podkładkę (przy jednostronnej sprawie wskutek abdukcyi chora noga wydaje się przy chodzeniu dłuższą). Przy trudnych odprowadzeniach wydarzyć się mogą, zwłaszcza niewprawnym, złamania. O wiele gorsze od złamań są wydarzające się czasem po odprowadzeniach porażenia w zakresie nerwu kulszowego i udowego. Wprawdzie przemijają one z czasem, ale przerywają leczenie. Czasem leczenie wikła się zesztywnieniem biodra. Kiedy najpóźniej przystąpić jeszcze można do leczenia? Przy zwichnięciu jednostronnem granicą jest 10 lat, przy obustronnem już po 6. roku trudności są bardzo wielkie. Co do wyników, to wyleczenia czynnościowe lub znaczną poprawę osiąga się prawie w 90% przypadków. W 10% nie otrzymuje się wyniku, a to zwykle z powodu przekroczenia wskazanej granicy. Natomiast t. zw. idealne wyleczenia, t. j. anatomiczne i czynnościowe osiąga się przy zwichnięciach jednostronnych w 60—70%, a przy obustronnych w 40 do 50%. K.

Verth. **Karbenzym przy cierpieniach gruźliczych.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Na podstawie badań Stickera stosował Verth karbenzym przy chirurgicznej gruźlicy. Wyniki lecznicze nazwać można wogóle pomyślnemi, a odczyn, uzyskiwany po wstrzykiwaniach, był bez wątpienia lepszy od odczynu przy leczeniu jodoformglicelyną. Zwłaszcza przy gruźlicy części miękkich uzyskał Verth w kilku przypadkach bardzo korzystne i szybkie wyniki lecznicze. Nie należy naraz wstrzykiwać za dużo, albowiem cząstki węgla wywołać mogą odleżynę i przeżarcie skóry przy sprawach powierzchownych. K.

Calot-Berck. **W sprawie leczenia gruźliczego zapalenia stawu biodrowego.** (Akad. lekarska, Paryż, 1909). C. przedstawił na posiedzeniu akademii lekarskiej następujący sposób leczenia zapalenia stawu biodrowego: Do stawu wstrzykuje następującą mieszaninę: »Rp. Kreosot. Guajacol. aa. 2,0, Jodoform 1,0, Aether. 9,0, Ol. oliv. ster. 90,0«. Z rozczynu tego wstrzykuje co 5—6. dzień do 3 cm³ przez 2 miesiące systematycznie, stosując równocześnie wyciąg. Następnie zakłada na 3 miesiące opatrunek gipsowy. Zwykle skutek potem jest już dobry; ewentualnie powtarza się znowu wstrzykiwania, n. p. jeżeli przy ucisku są jeszcze punkta bolesne. Według C. osiąga się przy tem leczeniu bardzo dobre wyniki, znaczne skrócenie choroby i unika się większych zniszczeń w kości. K.

Lichtenberg. **O przydatnym sposobie leczenia przykurczeń przy gruźliczem zapaleniu biodra.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 37). Celem usuwania przykurczeń biodra przy gruźliczem zapaleniu tego stawu, używa się zwykle »redressement« i ustalenia podług sposobu Dollingera. Ten ostatni zmodyfikowano nieco w chirurgicznej klinice w Strasburgu. Jak wiadomo, do opatrunku kładzie się chorego na 2 długich drążkach żelaznych Dittla. Otóż drążki te mają tę wadę, że się ciągle przesuwają i trudno na nich utrzymać chorego. Wady te usunięto w ten sposób, że po pierwsze drążki te w części nożnej kończą się płaskiemi poprzecznemi podstawkami, a w części głowowej umocowuje się je razem pod danym kątem śrubą. Prócz tego na drążkach znajdują się umocowane na ruchomych zawiaskach dwa cienkie pręty, które można ustawiać dowolnie pod kątem, w jakim przykurczenie biodra występuje. Pręt ten zakłada się po stronie przykurczenia na odpowiednim drążku. Dalsze postępowanie łatwe. Chorego kładzie się na drążki zupełnie poziomo, poczem przesuwa się pręt uniesiony na głównym, z zawiaską aż pod guz siedzeniowy i to w ten sposób, by kończyna, która wskutek przykurczenia stoi pod pewnym kątem do miednicy, leżała na tym pręcie swobodnie. Następnie przymocowuje się chorą kończynę do niego i przystępuje do umocowania miednicy i ustalenia, jak przy zwykłym opatrunku Dollingera; przytem chora kończyna spoczywa ciągle na pręcie pod danym kątem w powietrzu. Przy silniejszych przykurczeniach zakłada się tę pierwszą część opatrunku i na kończynę zdrową do kolana, daje parę zwojów opasek przez krocze (następnie po ukończeniu opatrunku usuwa się je z krocza). Gdy już ustaliliśmy miednicę i gips podeschnie, odwiązujemy kończynę od pręta, wysuwamy zupełnie i kończynę zaczynamy obniżać, przez co prostujemy przykurczenie. Ewentualnie czynimy to zwolna, etapami, ustalając w uzyskanem położeniu staw zawsze na 10—30 dni. Potem wysuwa się drążki zupełnie, względnie dodaje się do opatrunku strzemię do chodzenia.

Udaje się w ten sposób prostować nawet i silne przykurczenia bez uśpienia. K.

Knoke. **Przyczynek do zachowawczego leczenia bardzo ciężkich zranień kończyn i grożącej zgorzeli.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 39). Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Kilonii w czerwcu doniósł Prof. Nösske, że udało mu się w kilku bardzo ciężkich zranieniach palców, tam gdzie już inni na pewnoby przystąpili do odjęcia palców, zachowawczym sposobem wywołać zupełne przygojenie. Chodziło tu o przypadki zranienia palców takie, gdzie obwodowy koniec pozostawał w łączności z resztą kończyny jedynie za pośrednictwem wązkiego płata skóry. W podobnych przypadkach, aby stworzyć dobry odpływ krwi żylnej w uszkodzonym członku, prowadzi N. przez opuszkę palca cięcie, sięgające aż do kości, a następnie umieszcza kończynę na 15 minut w przyrządzie ssącym, powtarzając ten zabieg co 2—3 dni, w końcu zawiązując uszkodzone miejsce jałowo.

W jednym bardzo ciężkim przypadku zgniecenia palca w maszynie, gdzie obwodowa część jedynie za pośrednictwem płata skórnego pozostawała w łączności z resztą kończyny i gdzie właściwie nie pozostawało nic innego, jak odcięcie tej skóry i opatrywanie kikuta, spróbował K. sposobu Nösskego i uzyskał zupełne przygojenie. A.

Schümann. **O wczesnej zgorzeli wskutek zarostowego zapalenia tętnic.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 39). Dwa przypadki, badane drobnowidowo, dają S. sposobność do omówienia tego cierpienia. W obydwóch sprawa zaczęła się od palców u ludzi między 30—40. rokiem życia. W wywiadach wykazać się dało nadużycie tytoniu, które Erb uważa za główną przyczynę schorzenia naczyń. Zmiany drobnowidowe dotyczyły jedynie błony wewnętrznej tętnic, podczas gdy błona środkowa nie okazywała zmian wstecznych, co odróżnia wybitnie to cierpienie n. p. od zwykłego stwardnienia tętnic. Że nikotyna odgrywa tu zwykle główną rolę przyczynową, dowodzą doświadczenia Grassmanna, Żebrowskiego i innych. Cierpienie to występuje zwykle na kończynach dolnych, choć i na górnych było już także spostrzegane. Klinicznie daje następujące objawy: okresowe bole, zjawiające się nieraz wśród dłuższego chodzenia (chromanie przestankowe Charcota), kurcze mięśniowe, ziębnięcie kończyn, sinica, znieczulenie palców i skłonność do ropień około paznokci. W końcu występuje typowa zgorzel palców. Leczniczo wchodzi w rachubę jedynie zabieg chirurgiczny, i to doszczętny. A.

Ginekologia i położnictwo.

Falgowski. **O obrazach, otrzymywanych przy cystoskopii po zabiegach ginekologicznych.** (Zeitschr. f. gyn. Urologie 1909. T. I. Nr 5). Autor badał pęcherz wziernikiem u 53 kobiet, operowanych z powodu schorzeń kobiecych, u których pojawiały się choćby najdrobniejsze przypady ze strony pęcherza. Źródłem pooperacyjnych schorzeń pęcherza są, zdaniem autora, 1) cewnikowanie, względnie cewnik założony na stałe, 2) uszkodzenie tkanek, otaczających pęcherz przy zabiegu, 3) zakażenie z ropiejących operowanych przydatków. Najczęstszym obrazem schorzenia było zapalenie szyjki pęcherza, które należało odnieść do cewnikowania, względnie do zakażenia z chorych przydatków; częściej obraz ten występował po zabiegach, dokonywanych drogą brzuszną, aniżeli drogą pochwową. Zapalenie ogólne pęcherza stwierdził F. u 11 kobiet (z 53 badanych) i zaznacza, że żadnego z tych przypadków nie można kłaść na karb operowania drogą pochwy. Obrzęk pęcherza stwierdził F. w dwóch przypadkach po zabiegach drogą brzuszną, ani razu zaś po zabiegach drogą pochwową. Zapalenie miedniczek nerkowych stwierdził w dwoch przypadkach, zapalenie tkanki okołopęcherzowej spotykał często po operacyach ropnych, wyjątkowo po zabiegach jałowych i to po niewłaściwem utrwaleniu położenia macicy. Bardzo częstym powodem schorzeń pęcherza, tkanek okołopęcherzowych, moczowodów i miedniczek nerkowych bywają wysięki, usadowione w miednicy małej.

Dla uniknięcia następowych chorób dróg moczowych po zabiegach ginekologicznych należy, zdaniem F., o ile możności operować w tym okresie, kiedy ostre objawy zapalne już ustąpiły; istniejące przypady ze strony dróg moczowych należy usunąć przed zabiegiem, przy zabiegach unikać uszkodzenia tkanek około pęcherza i unikać niewłaściwych utrwalań położenia macicy. W końcu zaznacza F., że operowanie drogą pochwy nie usposabia wcale do następczych chorób dróg moczowych S. D.

Alsberg. **Zakażenie kobiecych dróg moczowych prątkiem okrężnicy (b. coli comun.) w ciąży i połogu.** (Arch. f. Gyn. t. 90, z. II.). Prątki okrężnicy można znaleść w cewce prawie u każdej kobiety ciężarnej; gdy jednak w przebiegu ciąży nieraz dopiero kilkakrotne badanie zdoła je wykryć, to w połogu udaje się to bardzo łatwo. Zdaje się więc, że odchody ciężarnych utrudniają, połogowe zaś przyspieszają rozwój tych bakteryi, fakt bardzo ważny ze względu na tak często i lekkomyślnie wykonywane cewnikowanie u położnic. Zakażenie dróg moczowych prątkiem okrężnicy postępuje zwykle ku górze z cewki; w niektórych jednak przypadkach należy przyjąć także możliwość endogenetycznego zakażenia (z przewodu pokarmowego), a wtedy postępuje ono z górnych dróg moczowych ku dołowi. Prątki okrężnicy, dostawszy się do narządu moczowego, wskutek swej zdolności szybkiego rozmnażania się i własnych ruchów mogą już w krótkim czasie zająć cały narząd moczowy i przy wystąpieniu pewnych powikłań (ciąża i połóg) wywołać stany zapalne (cystitis, pyelitis). Bakterye te są też najczęstszą przyczyną, wywołującą zapalenie miedniczek, a wytwarzając toksyny w znacznej ilości wpływają także szkodliwie na cały ustrój. Klinicznie można przypadki zakażenia narządu moczowego prątkami okr. podzielić na 3 główne postacie: 1) bakteriurya, 2) zapalenie pęcherza, 3) zapalenie miedniczek. Pierwsza postać przedstawia przewlekłe zakażenie moczu drobnoustrojami, nie mającymi własności ropotwórczych. Rozpoznanie ustala wynik badania moczu (oddziaływającego zwykle kwaśno). Leczenie jak przy zapaleniu pęcherza: salol, 3 razy dziennie 1·0 i wstrzykiwania 100 gr. 1% rozczynu kollargolu, z początku codziennie, później rzadziej; do rozczynu kollargolu dobrze jest dodać 10 gr. glyceryny. Trzecia postać: zapalenie miedniczek występuje najczęściej z końcem ciąży lub w połogu, i to najczęściej u pierwiastek i po stronie prawej. Nierzadko następuje tu poród przedwczesny. Choroba rozpoczyna się ostro wśród dreszczów i wysokiej gorączki; w okresie przewlekłym rozpoznanie nie jest łatwe, a pod względem różniczkowym wchodzą w rachubę: zapalenie wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego i posocznica. Za główne objawy uważa autor: bole głowy, bol w okolicy nerkowej, nierównomierność krzywych tętna i ciepłoty i rozbiór moczu (kwaśny, mętny, liczne komórki ropne, nabłonki, prątki okrężnicy). Większa ilość białka i wałeczki przemawiają za równoczesnem zajęciem nerki (pyelonephritis). Leczenie: spokój w ułożeniu na stronę zdrową, wielkie ilości płynów (mleko, herbata), podwyższenie górnej części łóżka dla ułatwienia odpływu moczu, uregulowanie czynności jelit i salol. Przy powtarzających się nawrotach lub przewlekaniu się choroby cewnikowanie moczowodów z następowem przemywaniem miedniczek nerkowych 1% rozczynem kollargolu; w przypadkach przewlekłych uporczywych operacya (nephrotomia).

Dr E. Ehrenpreis.

Aulhorn. **Leczenie zapalnych schorzeń przydatków wstrzykiwaniami śródmacicznemi.** (Arch. f. Gyn. t. 90, z. II). Autor leczył 123 przypadków przeważnie wiewiórowych zapaleń jajowodów, w różnych okresach choroby, śródmacicznemi wstrzykiwaniami 2% rozczynu argentaminy i otrzymał w 80% przypadków znakomite wyniki i przeważnie trwałe wyleczenie. Wyniki te otrzymał A. tak przy zwykłem zapaleniu (salpingitis), jak i przy dużych ropniakach jajowodów (pyosalpinx); bole już w krótkim czasie znikały, a badanie przedmiotowe dawało stopniowo wynik bardzo korzystny. Do wstrzykiwań używano 2½-gramowej strzykawki i lekko zgiętej nasadki z kilkoma bocznymi otworkami. Po oczyszczeniu części pochwowej sublimatem wprowadza się strzykawkę we wzierniku aż do dna macicy, poczem, cofnąwszy ją nieco, wstrzykuje się rozczyn, z początku 1—1·5 cm³ bardzo pomału, wysuwając równocześnie strzykawkę stopniowo z macicy. Po pierwszych kilku wstrzyknięciach występują zwykle dość silne bole, trwające 1—2 godzin; następne wstrzykiwania są już zupełnie niebolesne tak, że można wstrzykiwać całą strzykawkę i to pod silnem ciśnieniem, aby o ile możności dużo płynu dostało się do jajowodów. Pierwszych kilka dni chore powinny leżeć w łóżku, chociaż wstrzykiwać można także odrazu ambulatoryjnie. Średnio trzeba było 25—30, a przy dużych guzach do 40 wstrzykiwań, by otrzymać pewny wynik; ponieważ zaś wstrzykiwać należy o ile możności codziennie (z wyjątkiem okresu peryodu), więc leczenie to trwa zwykle 5 tygodni. Stosowano je tylko u tych chorych, u których można było na pewno stwierdzić zajęcie jajowodów, aby zakażenia, w przypadkach niepewnych, może zajmującego tylko szyjkę macicy, sztucznie nie przenieść ku górze. Wstrzykiwać nie wolno tylko u chorych z objawami świeżego zapalenia otrzewnej miednicy; okres ostry należy przeczekać. Jeżeli wśród leczenia ciepłota ciała się podniesie, należy wstrzykiwania przerwać na tak długo, jak ciepłota wieczorna wynosi powyżej 37·6°. Dodatnie działanie wstrzykiwań tłomaczy A. bakteryobójczem działaniem argentaminy i wywołaniem przekrwienia czynnego w całym narządzie rodnym. W porównaniu z dotychczasowemi metodami leczniczemi (gorące powietrze, przestrzykiwania, kąpiele nasiadowe) należy dać pierwszeństwo wstrzykiwaniom, a mają one nadto tę zaletę, że można je stosować ambulatoryjnie, a więc w godzinie ordynacyjnej; wyniki będą tem lepsze, jeżeli obie metody zastosuje się równocześnie. Gdzie po 6-tygodniowem leczeniu nie uzyskano dodatnich wyników, jest jeszcze zawsze czas na operacyę. W przekonaniu, że wstrzykiwania śródmaciczne wywołują przekrwienie czynne, próbował A. metodę tę zastosować w 6 przypadkach ustalonego tyłozgięcia macicy, spodziewając się, że przez rozluźnienie zrostów macica łatwiej da się odprowadzić. Ponieważ nie chodziło tu o bakteryobójcze działanie środka wstrzykniętego, przeto A. wstrzykiwał alkoholowy rozczyn jodu (jodi puri 0·3, kal. jodat. 3·0, spir. dilut. aquae dest. aa ad 100.0). Po zastosowaniu 25 wstrzykiwań ustały wszel-

kie dolegliwości, a macica dała się z łatwością i bezboleśnie odprowadzić. Dr E. Ehrenpreis.

M. Stickel. **Wyniki badań anatomo-patologicznych nad nawrotami po operacyach raka macicy.** (Arch. f. Gyn. t. 90, z. II). S. podaje historye choroby i wyniki badań histologicznych 15 przypadków, operowanych z powodu pierwotnego raka macicy, które następnie operowano powtórnie lub kilkakrotnie z powodu nawrotów. Co do powstania nawrotów zachodzą 4 możliwości: 1) Nawroty (w sensie klinicznym) mogą wystąpić gdziekolwiek w ustroju, jeżeli rak pierwotny przebił do żyły, a komórki jego dostały się do krążenia. (Są to przeto właściwie przerzuty). W czasie operacyi są przerzuty te zwykle tak małe, że nie wywołują żadnych objawów i nie mogą być też rozpoznane, a stają się dopiero widoczne, osiągnąwszy pewną wielkość. 2) Nawroty mogą wystąpić, jeżeli przy operacyi pozostał choćby mały gruczoł, w tym czasie już rakiem zajęty. Zależnie od jego stanu, siły żywotnej i ilości komórek rakowych w nim usadowionych, mogą te ogniska zupełnie zniknąć lub wytwarzają nowy guz, t. zw. (klinicznie) nawrot gruczołowy; występują one częściej od poprzednich. 3) Nawroty miejscowe są to takie nawroty, które powstają z resztek tkanki raka, pozostawionych w czasie operacyi w tkance sąsiedniej; są one najczęstsze. 4) W końcu należy przyjąć możliwość powstania nawrotów wskutek przeszczepienia, jeżeli żywotne komórki rakowe dostaną się przypadkowo przy operacyi na ranę operacyjną, tam się usadowią i wytworzą guz. Niektórzy zaprzeczają możliwości takich nawrotów. Na podstawie powyższych określeń różnych postaci nawrotów rozpatruje S. swoje 15 przypadków. W praktycznej części pracy zwraca S. uwagę, że przy operacyach raka należy zapobiegać występowaniu nawrotów, w szczególności z przeszczepiania. A więc chore należy o ile możności wcześnie przysyłać do operacyi, co jest zadaniem głównie lekarzy praktycznych; w tym celu należy też tych lekarzy odpowiednio wykształcić, dając im sposobność do ćwiczeń w badaniach histologicznych próbnych kawałków, wyciętych z tkanki podejrzanej i strzępów, otrzymanych przy wyskrobaniu próbnem macicy. Operacya nowotworu pierwotnego powinna być o ile możności doszczętna; w tym celu należy macicę wyjmować drogą brzuszną, operując daleko w tkance zdrowej i usuwając równocześnie okoliczne gruczoły. Z tkanki przymacicznej i przypochwowej należy wycinać, ile się tylko da, podobnież usuwać wielką część pochwy. Drogą pochwową należy operować tylko kobiety bardzo otyłe ze słabem sercem, lub bardzo stare i wynędzniałe. Przy operacyi należy się wystrzegać poszarpania guza pierwotnego i uważać, aby z owrzodziałego raka cząsteczki nie dostały się na ranę operacyjną. Wielu poprzedza dlatego operacyę mechanicznem i chemicznem leczeniem wrzodu. Zurhelle poleca również w tym celu wyciąć przed końcem operacyi tkankę tłuszczową powłok brzusznych wzdłuż cięcia brzusznego. Samego nowotworu nie należy dotykać rękami, ani używać narzędzi, które zetknęły się z rakiem, do operowania w tkance zdrowej.

Dr E. Ehrenpreis.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 6. kwietnia 1910.

Przewodniczy Dr Damski; obecnych członków 20.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia (w d. 16. III. 1910) przyjęto z następującem uzupełnieniem:

Kol. Eisenberg w odpowiedzi kol. Koźniewskiemu stwierdza, że »powinowactwo« tkanek do ciał odżywczych jest faktem biologicznym niewątpliwym, choćby chemia na razie nie posiadała sposobów badania go i w tym też sensie użył tego terminu Ehrlich. Co do połączeń między ciałami tłuszczowatemi (lipoidami), a białkowatemi, to liczne badania z różnych dziedzin biologii przemawiają za ich istnieniem (H. Meyer, Overton, Donedi i Satta, objaw Porgesa), przyczem na razie trudno jest określić, czy chodzi tu o związki ściśle chemicznej natury, czy też o połączenie adsorpcyjne kolloidów. W każdym razie pojęcie to dla biologii jest obecnie konieczne bez względu na niedostateczne dane, jakiemi chemia na razie rozporządza. Wreszcie zwraca E. uwagę na badania Fraenkla, jakoteż Andre Mayera i Terroinea, zajmujące się »lipoidami«, t. j. związkami ciał białkowatych i tłuszczowatych, nie jest więc to pojęcie już całkiem obce chemii, jak twierdził kol. Koźniewski. (Streszczenie własne).

2) Kol. Spira wygłasza wykład: **Choroby uszne, a porażenia twarzy.**

Dyskusyi nie było. Sekretarz: Dr Bujak.

Z XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie.

Sekcya medycyny wewnętrznej.

Opracował **Dr. E. Stahr.**

(Ciąg dalszy).

21. K. Müller (Peszt): **O stwardnieniu tętnic brzusznych.** Stwardnienie naczyń przewodu pokarmowego jest dość częstem cierpieniem, a w każdym razie częstszem, niż to przypuszczają klinicyści i anatomowie. Objawia się przeróżnie, czasem przypomina niektóre organiczne schorzenia przewodu pokarmowego, a często owo cierpienie, które dziś zaliczamy do nerwic żołądkowo-kiszkowych. Rozpoznanie jest ułatwione, jeśli napady bolów występują u chorego ze zmianami w sercu i naczyniach. Czy bole te wywołuje kurcz naczyń czy nerwoból n. współczulnego, nie da się rozstrzygnąć. U mężczyzn stanowczo częściej zjawia się ta choroba, niż u kobiet. Środki rozszerzające naczynia pomagają w tem cierpieniu.

22. K. v. Kétly (Peszt): **O stwardnieniu naczyń.** Stwardnienie zajmować może nietylko tętnice, ale i żyły i nawet naczynia chłonne. Przeważnie uważają autorowie tę sprawy za zwyrodnienie, a za punkt wyjścia zmiany w błonie wewnętrznej naczyń. Równomierne zajęcie całego układu naczyniowego wydarza się bardzo rzadko, przeważnie zapada pewien dział naczyń. Ćwierć ludzkości ginie na tę chorobę. Wielu autorów starało się w ostatnich czasach wywołać u zwierząt sztucznie stwardnienie naczyń, a dotąd uzyskane wyniki pozwalają się spodziewać, że niedługo usłyszymy o wielkich odkryciach w tej dziedzinie. Dziś wszyscy się godzą, że zapalenie tętnicy głównej pochodzenia kiłowego należy oddzielić jako odrębną chorobę od obrazu rozległego zwykłego stwardnienia naczyń. Zapalenie to przechodzi często w tętniaki. Czynniki, wywołujące stałe lub często nawracające podniesienie parcia, są przyczyną stwardnienia naczyń. Częste nużenie pewnego narządu może w nim wywołać stwardnienie naczyń. Przyczyną stwardnienia może być także nadmierna praca umysłowa. Do przyczyn wywołujących należą dalej zatrucia i zakażenia, a więc np. tytoń, wyskok, ołów, zaburzenia w przemianie materyi, schorzenia nerek itp. Niektórzy przypisują doniosłe znaczenie dziedziczności. Szkodzi naczyniom wreszcie i leniwe, bez ruchu prowadzone życie, szczególniej połączone z nadmiernem odżywianiem się.

23. Friedrich (Peszt): **Wczesne zjawianie się stwardnienia naczyń u robotników przemysłowych.** F. zbadał 1384 chorych, a między nimi 100, liczących niżej 40 lat, u których na podstawie objawów klinicznych rozpoznał stwardnienie naczyń. Z wiekiem rośnie częstość tej choroby i częściej zjawia się ona wogóle u mężczyzn. Jako

przyczynę wykazać mógł F. u 40% ciężką pracę fizyczną; u 12% pracę wymagającą stykania się z truciznami, u 48% choroby zakaźne, w 15% kiłę, w 26% alkohol, w 30% tytoń. Do najczęstszych objawów (50%) należy ból głowy, połowa chorych skarżyła się na zawroty, 35% skarżyło się na niepokój, 31% na brak snu, 26% na bóle w piersiach i okolicy serca, 19% na zaburzenia w trawieniu, na bóle w dołku 17%, na kołatanie serca 11%, dychawicę sercową 5%. Ważne jest mierzenie parcia. W 26% przypadków stwierdził F. bardzo wysokie parcie (wyżej 160 m.), w 36% miernie wzmożone (130—150 mm.); natomiast ciśnienie prawidłowe (95—120 mm) i do niego zbliżone (120—130) stwierdził w 16+16%, razem 32%.

24. A. Hasenfeld i A. Szili (Peszt): **Starość, stwardnienie naczyn i odczyn Wassermanna.** Nie wszyscy starcy okazują wyraźne objawy tej choroby. Pośród 188 podeszłych starców ze stwardnieniem naczyń stwierdzili H. i S. u 20 (10,6%) dodatni odczyn Wassermanna, a więc względną częstość kiły utajonej u starców. Autorowie odnoszą szybko rozwijające się stwardnienie naczyń do kiły utajonej i radzą stosowanie jodu i rtęci dla usunięcia dodatniego odczynu.

Dyskusya: E. v. Romberg (Tübingen). Stwardnienie tętnic jest wynikiem zużycia sił życiowych i fizycznych właściwości ściany naczyniowej. Tem się tłomaczy, dlaczego najczęściej zapadają narządy, najbardziej używane. Z tego pojmowania sprawy wynikają zabiegi lecznicze. R. godzi się z Huchardem, że wzmożone parcie nie jest koniecznym warunkiem powstawania stwardnienia tętnic. I Huchard uznaje dziś, że stwardnieniu naczyń towarzyszyć może, ale nie musi, wzmożone parcie. Autor spostrzegał w Wirtembergu chorych, u których częste było wzmożenie parcia, podobnie jak u chorych Hucharda, natomiast Sawada w Hessyi spotkał tylko w mniejszości przypadków ten objaw. A więc zależnie od miejscowości zmienia się ten objaw. Autor godzi się z Huchardem, że bardzo ważnym czynnikiem, wywołującym wzmożenie parcia, są zmiany w nerkach i dlatego godzi się z Huchardem na stosowanie dyety mleczno-jarskiej, szczególniej w tych przypadkach, gdzie dyeta mleczno-jarska zawiera mało soli i nie drażni nerek. Chętnie podaje wtedy R. leki moczopędne, szczególniej diuretynę, a serce podnieca lekko małemi dawkami naparstnicy lub strofantusa. N. nie godzi się z Huchardem na oddzielanie od siebie »stwardnienia tętnic« i »miażdżycy«. Przeciw temu przemawiają również ostatnie badania anatomiczne Mönckeberga i Marchanda. — Frischmann (Peszt) zaznacza, że stwardnienie tętnic nie jest wcale chorobą starości, wydarza się dziś często u osób młodych (15—50 rok życia). Często jednakże mylnie zamiast stwardnienia tętnic rozpoznajemy neurastenię.

25. W. Hamburger (Chicago): **W sprawie stwardnienia tętnic żołądkowych.** H. stwierdził stwardnienie naczyń wyłącznie w gałązkach małej krzywizny żołądka i brak wszelkiej równoczesności między zmianami naczyń żołądka a naczyń wielkich, tak, że ze stanu tętnicy głównej itp. nie można nic wnosić o stanie naczyń żołądkowych. Tylko znaczniejsze zmiany w naczyniach żołądkowych mogą mieć znaczenie patogenetyczne ze względu na wrzód żołądka.

W dyskusyi zaznacza Schlesinger (Wiedeń), że stwardnienie naczyń w jamie brzusznej jest chorobą częstszą, niż dotąd przypuszczają. Objawy tej sprawy bywają różne; raz objawia się ta sprawa bólami, występującymi okresowo, innym razem napadami osłabienia, a znów kiedyindziej napadowo występującemi zaburzeniami w trawieniu (nudności, biegunki, parcie, wzdęcie itp.). Bardzo ważną i błędne rozpoznanie wywołującą odmianą jest ta postać, której towarzyszy od czasu do czasu zjawiająca się niedrożność przewodu pokarmowego. — Pick (Praga) ostrzega przed przypisywaniem zmianom w tętnicy sprychowej i skroniowej tak doniosłego znaczenia, jak to się dzieje obecnie. Autor przypuszcza, że wysokie parcie wywołują towarzyszące zmiany włókniste w nerkach.

26. M. Sternberg (Wiedeń): **Pericarditis stenocarditica.** Sprawę, poraz pierwszy opisaną przez Kerniga, objaśnia St. własnemi spostrzeżeniami. Sprawa ta polega na tworzeniu się powierzchownych małych lub większych ognisk rozmiękni enia w mięśniu sercowym, wywołujących wysięk w osierdziu. W szczególności przewlekłemu częściowemu tętniakowi serca towarzyszy regularnie tego rodzaju zapalenie osierdzia. Jeśli ognisko to rozmięknienia, a raczej wywołujące je zamknięcie naczynia nie wiedzie odrazu do śmierci, to dychawica sercowa ulega pewnego rodzaju wyleczeniu w tem rozumieniu, że napady dychawicy po napadzie zapalenia osierdzia stają się rzadsze, albo nawet ustają na pewien czas.

27. Tóth (Schemnitz): **Nowy skuteczny sposób leczenia rwy kulszowej i cierpień gośćcowych.** T. uzyskał rychłe uleczenie w 40 przypadkach rwy i gośćca ostrego zapomocą wcierań rtęciowych, chociaż kiły nie mógł wykazać.

28. Bossányi i Lénárt (Peszt): **O gośćcu stawowym i jego związku z chorobowemi zmianami gardła.** B. i S. zwracają uwagę, że gościec stawowy często zaczyna się od zmian gardła. Szczególniej ropienia w migdałkach należy w każdym okresie gośćca gruntownie usuwać.

29. A Blumenfeld i J. Kappel (Klausenburg): **O wartości wskaźnika opsonicznego.** B. i K. odmawiają wskaźnikowi opsonicznemu wartości dla rozpoznawania i leczenia gruźlicy.

30. Labbé i Laignet-Lavastine (Paryż): **Plamica złośliwa, niedokrwistość i krwawiączka.** Równocześnie autorowie stwierdzili skuteczność wstrzykiwań surowicy końskiej przeciw krwawiączce, nie zauważyli zaś żadnego działania na równoczesną krwawiączkę. W drugim przypadku ustąpiła najpierw krwawiączka, potem plamica krwotoczna, jednak niedokrwistość złośliwa utrzymała się nadal.

Dyskusya: Caryophyllis (Ateny) spostrzegał dwa podobne przypadki, w których po urazie i lęku rozwinęła się niedokrwistość złośliwa wraz z plamicą krwotoczną. Jeden przypadek udało się wyleczyć, drugi skończył się śmiercią. Benedict (Peszt) chwali skuteczność surowicy w toku krwawiączki, jednakże za krwawiączkę radzi uważać wyłącznie postać dziedziczną, dobrze nacechowaną. — Labbé nie przyłącza się do tego zdania, bo różnym chorobom może towarzyszyć krwawiączka, która się klinicznie niczem nie odróżnia od postaci dziedzicznej, a nadto bywa postać sporadyczna, ani rodzinna ani dziedziczna, w której są te same zmiany krwi.

31 Orczág (Peszt): **O zmianach krwi w toku wiądu rdzenia.** O. stwierdził mniejszą zawartość Hgb obok prawidłowej ilości krwinek czerwonych i białych, czasem leukopenię; natomiast podkreśla wyraźne przesunięcie się względnego stosunku ciałek białych na korzyść limfocytów, których odsetek dochodzić może 55 zamiast prawidłowych 20.

32. J. Benderski (Kijów): **1) O leczeniu przełyku zgłębnikiem gąbkowym.** Chcąc, aby lek stosowany w przełyku, stykał się z nim jaknajdłużej i na jaknajwiększej powierzchni, polecił B. u Windlera w Berlinie sporządzić zgłębnik z podatnego fiszbinu i powlec go na całej jego długości wysuszoną prasowaną gąbką. Zgłębnik taki można dobrze napoić lekiem i pozostawiać w przełyku 15—30 minut. **2) Sposób fizycznego leczenia kolki, pochodzącej od kamieni i różnych kurczów w jamie brzusznej.** B. stosuje na bóle w kamicy żółciowej, nerkowej, kurczowem zaparciu przewlekłem, powracającem zapaleniu wyrostka robaczkowego itp. miesienie pod wodą i w kąpieli mułowej.

Dyskusya: Einhorn (Nowy York): Myśl Benderskiego jest dobra, jednakże zgłębnik musi być dość gruby, żeby na ściany przełyku mógł wywierać pewien ucisk. — Benderski zwrócił i na to uwagę, jednakże trzeba i o tem

pamiętać, że zgłębnik nie może zbytnio napęcznieć, bo potem wydobycie go z przełyku może być trudne.

33 W. Czernecki (Lwów): **Dziedziczność wrzodu żołądka.** Pięcioro członków jednej rodziny, matka i 4 dorosłych dzieci, okazuje zaburzenia żołądkowe. Troje krwawiło uporczywie z wrzodu żołądka. Benzydyną wykazywać można było krew w wypróżnieniach. Dwoje zaś dzieci chorowało na nerwicę żołądka (zaburzenia żołądkowe, opadnięcie jelit). U wszystkich, szczególniej u dzieci, stwierdzić się dały ogólne skazy fizyczne i nerwowe, jak wątła budowa klatki piersiowej, jak u suchotników, zagęszczenie szczytów płucnych szczeg. lewego, ruchome 10-te żebro, nadczułość psychiczna, podniecenie, dermografia i wzmożenie odruchów ścięgnistych. C. uważa tych chorych za typowych przedstawicieli t. zw. »asthenia universalis congenita« »habitus enteroptoticus neuroticus« (Stiller). C. sądzi, że do powstawania wrzodu żołądka przyczyniają się wielce także i przyczyny przyrody nerwowej. Chorych takich należy leczyć nietylko miejscowo, ale i ogólnie.

(Dok. nast.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wspólne posiedzenie Wydziałów obu Izb lekarskich z współudziałem trzech delegatów krajowego Związku lekarzy odbyło się we Lwowie 24. IV. 1910. Przedmiot obrad stanowił stosunek Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej do organizacyi czyli Związku lekarzy i stanowisko lekarzy wobec projektu ustawy o powszechnem ubezpieczeniu. W obydwu tych sprawach uchwaliły Izby postępować solidarnie, popierać organizacyę lekarzy na zasadach, w głównych punktach zgodnych z zasadami, przez krajowy Związek lekarzy przestrzeganemi, domagać się od ciał ustawodawczych jak najszerszego uwzględnienia postulatów lekarzy przy wprowadzeniu ubezpieczenia społecznego i starać się o zjednoczenie działalności filantropijnej różnych korporacyi lekarskich. Podniesiono również potrzebę założenia wspólnego organu (czasopisma) obu Izb lekarskich i krajowego Związku lekarzy. W.

Szkoły dla dzieci gruźliczych powstają w Ameryce coraz liczniej. Jest ich już dotąd 8 (w samem Chicago dwie). Głównym celem tych szkół jest udzielanie dzieciom nauki cały czas na świeżem powietrzu. Do tego celu używa się albo dachów domów, albo okrętów (jedna szkoła np. znajduje się na dachu kliniki Vanderbildta). X.

Wpływ mieszkań na rozwój dzieci badał Ginales w Baku. Za normę rozwoju brał wykłuwanie się zębów w 7. miesiącu i początek chodzenia z końcem pierwszego roku życia, i to u dzieci karmionych piersią. W ten sposób zbadał 1777 dzieci. Z tych zaledwo 619 dostało zębów w 7. miesiącu, a wogóle u 34·2% można było mówić o prawidłowym rozwoju. Badania te wykazały, że im więcej osób mieszka w jednej izbie, tem dzieci rozwijają się gorzej. Tak np. tam, gdzie w jednym pokoju mieszka 7—9 i więcej osób, nawet dzieci mające 2 lata nie miały jeszcze zębów. To samo znalazł G. co do początków chodzenia. X.

Medycyna w Chinach. Lekarze chińscy rozpoznają choroby prawie wyłącznie na podstawie tętna. Z tętna wnoszą, czy dany chory cierpi na śledzionę, wątrobę, serce, jakąkolwiek skazę ogólną, a nawet, czy cierpi na zmiany w układzie nerwowym. To też nigdy chorego nie wypytują, ale dokładnie i długo badają tętno. Lekarz europejski Jerusalemy, bawiąc w Shangaju, zaciekawiony, ile w tem prawdy, udał się do jednego z najbardziej wziętych lekarzy chińskich w Shangaju, który kieruje szpitalem podmiejskim, zbudowanym z nadzwyczajnym komfortem. Każdy chory, wstępujący do szpitala, musi złożyć swoje łachmany i wziąść kąpiel, poczem kładzie się na bambusowe łóżko, otrzymawszy amulet, którego przez cały czas pobytu swego w zakładzie musi pilnie strzedz. Lekarz chiński, badający chorego, chwyta go za ramię, układa je na małej poduszeczce, następnie opiera swe palce na tętnicy sprychowej chorego i śledzi uważnie tętno przez 10—15 minut. Tętno wolne oznacza błąd w »cieple życiowem«, przeciwnie tętno skaczące dowodzi złego składu soków; tętno nieregularne dowodzi napływu krwi do trzew, a wreszcie tętno miękkie jest oznaką zaburzeń w krążeniu. Badanie tętna uzupełnia się oglądaniem języka. Tego dokonawszy zaleca lekarz chiński leczenie niezmiernie proste. Chińczycy mają największe zaufanie do niektórych roślin leczniczych i owoców. Przeważnie z owoców wyrabiają lekarze chińscy lecznicze ulepki: sercowy, piersiowy, żołądkowy, czyszczący i t. d. Owoce wodniste, zdaniem ich, wypędzają z ustroju złe »wapory« (choroby nerwowe), owoce słodkie rozszerzają serce i ułatwiają krążenie, owoce kwaskowate zapobiegają przekrwieniu trzew, a oleiste wzmacniają ustrój. Poza tem leczeniem owocowem wzbraniają lekarze chińscy wszelakiego jadła i napitku. Stahr.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 17. IV. do 23. IV. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Czortków (Bazar 4, Czortków 3), Gródek jag. (Strader 2, Bar ad Koców 3), Grybów (Izby 5), Horodenka (Żywaczów 4), Jaworów (Jazów nowy 3, Starzyska 2, Czerczyk 8, Jazów stary 5), Lisko (Hoszowczyk 3), Lwów pow. (Zaszków 1), Nadwórna (Wołosów 5, Kamienna 3, Lubno 5), Nowy Sącz (Łowsina dolna 2), Podhajce (Wiśniowczyk 1), Przemyślany (Nowosiółki 2), Śniatyn (Tułuków 3, Wołczkowce 2, Kielichów 2), Tłumacz (Tłumacz 2, Olesza 2, Chocimierz 1); ospy (variolois) sprawdzono 1 przypadek w Perekosach pow. Kałusz. Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. IV. do 23. IV. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 11 † 4 (w tem obcych 7 † 3), krztuśca 8 (1), płonicy 10 † — (3 † —), odry 2, duru brzusznego 3 † 1 (1 † 1), róży 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 6. III. do 26. III. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 89 † 15, odry 8 † 1, płonicy 22 † 3, błonicy 23 † 4, róży 23, duru plamistego 59 † 4, duru brzusznego 36 † 7, duru powrotnego 1. (Gaz. lek. Nr 17).

Wiadomości bieżące.

Wydanie jubileuszowe wiekopomnej »Teoryi jestestw organicznych« J. Śniadeckiego można nabywać w Administracyi »Przeglądu lekarskiego« (Dunajewskiego 2), po bardzo nizkiej cenie 2 kor. 50 hal. Dochód z rozprzedaży przeznaczony na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Na wydział lekarski zapisało się w półroczu letniem r. 1910 słuchaczy zwyczajnych 385, słuchaczek zwyczajnych 40, słuchaczy nadzwyczajnych 6, hospitantka 1, — razem 432.

— Komisya oświatowa partyi socyalno-demokratycznej zorganizowała dla robotników wykłady higieny i socyalnej polityki gminnej.

— Wiec lekarski, zwołany przez Izbę lekarską zachodnio-galicyjską w sprawie projektu ubezpieczenia społecznego, odbędzie się 30. IV. b. r. w sobotę o godz. 5 popołudniu w Domu lekarskim.

Warszawa. »Gazeta lekarska« (Nr 17) podaje wiadomość, że w uniwersytecie warszawskim obsadzono już katedrę anatomii patologicznej, wakującą od ustąpienia Prof. Przewoskiego, i że przy tej nominacyi pominięto dotychczasowego prosektora, Dra Zdzisława Dmochowskiego, pomimo jego wieloletniej pracy dla uniwersytetu i znakomitych zasług naukowych, a mianowano Rosyanina, sprowadzonego gdzieś z głębi Rosyi. »Gazeta lek.« przytacza uczciwy głos »Swobodnawo Słowa« w tej sprawie, które wobec znaczenia, jakie działalność Dra Dmochowskiego miała i dla rosyjskich lekarzy (tłómaczenie rosyjskie I-go tomu świetnego podręcznika Dra Dmochowskiego rozeszło się odrazu w 2000 egzemplarzy), piętnuje pominięcie tego kandydata z gryzącą ironią. »Dla szpitalnictwa naszego wprowadzenie na katedrę anatomii patologicznej człowieka nam obcego« — dodaje »Gazeta lekarska« — »staje się krzywdą trudną do powetowania; wraz z ustąpieniem kol. Dmochowskiego ze stanowiska prosektora największy nasz szpital traci bliższy związek z pracownią uniwersytetu, która dotychczas zawsze zostawała

pod kierunkiem Polaka i dzięki temu dawała pole do pracy licznym naszym lekarzom«. Wobec tego podnosi »Gazeta« potrzebę stworzenia samoistnych prosektur i pracowni przy szpitalach, »ściślej związanych ze społeczeństwem, a mniej zależnych od wahań polityki uniwersyteckiej«.

Stanowisko prosektora anatomii patol. było w warszawskim Wydziale lekarskim ostatniem, jakie zajmował Polak; odtąd wśród wykładających na Wydziale nie będzie ani jednego Polaka.

Z różnych stron. W Polskim Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu odbyło się 9/22. IV. b. r. posiedzenie Wydziału technicznego.

— W Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu ogłoszono konkurs na katedrę chorób zakaźnych. Katedrę higieny otrzymał Prof. Lewaszow. S.

Mianowani: Prof. Wiechowski z Pragi (Wydział niem.) profesorem farmakologii w Wiedniu.

Zmarli: Dr Edward Uściński, uczestnik powstania w r. 1863, potem lekarz w Maryampolu, zasłużony pracownik społeczny, w 70 r. ż. w Warszawie; Dr Jakób Mahl, radny miejski, we Lwowie:

Prof. Lenhartz w Hamburgu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w kwietniu 1910.

Gazeta lek. Nr 14—17. Zweigbaum: Przypadek cukromoczu u ciężarnej. — Gałecki i Budzyński (dok.). — Poczobut: O działaniu laktobacyliny w chorobach żołądka i kiszek. — Rzętkowski: O elektrokardyogramie. — Cybulski N.: Kilka uwag o elektrokardyogramach na podstawie własnych doświadczeń.

Medycyna i Kronika lek. Nr 14—17. Wizel: O rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy otępieniem wczesnem a psychozą maniakalno-depresyjną. — Lubelski: Przypadek resekcyi raka poprzecznicy, zakończony wynikiem pomyślnym. — Hertz i Kino: Przypadek ostrej białaczki z limfocytowemi komórkami Riedera.— Higier: Stanowisko kliniczne i anatomo-patologiczne niektórych postaci chorób mózgowia dziedzicznych i rodzinnych. — Endelman: Przyczynek do sprawy cierpień nerwu wzrokowego w przebiegu ciąży. — Podkóliński: O stosowaniu przekłucia lędźwiowego w celach rozpoznawczych i leczniczych.

Tygodnik lek. Nr 13—16. Czarnik (dok.). — Tomaszewski: O badaniu żołądka zapomocą promieni Roentgena. — Hornowski: Badania nad t. zw. krwiakami zastawek serca. — Begleiter: Przypadek postępującego kostnienia mięśni. — Kaufman (dok.). — Pisek: Słów kilka o »Modlitwie porannej« lekarza średniowiecznego. — Quest: Badania nad etyologią tężyczki u dzieci.

Nowiny lek. Nr 4. Zembrzuski. O zapaleniu stawów pochodzenia pneumokokowego u dzieci. — A. Puławski: Rokowanie i leczenie w chorobie Gravesa (Basedowa). — Fr. Chłapowski: O krzepnięciu krwi i sposobach mierzenia krzepliwości jej u zdrowych i w stanach chorobowych, z uwzględnieniem szczególnem soli wapniowych w tej mierze. — Fr. Chłapowski: Z fizyologii i farmakologii wapnia i magnu. — W. Chodźko (c. d.).— J. Bieliński: Adamowicz Adam Ferdynand.

Zdrowie. Nr 3. Dobrzyński: Miasta-ogrody w Anglii. — W. Szukiewicz: O paleniu zwłok. — Lublinerowa: Cechy charakterystyczne normalnego rozwoju dziecka w okresie niemowlęctwa. — Krysiński: W sprawie zaprawy pyłochłonnej do podłóg.

Kronika dent. Nr 4. Wilga: Zęby pod względem antropologicznym.

Głos lekarzy. Nr 7—8. Mikołajski: 1) O organizacyi lekarzy. 2) Pogróżki generalnego strajku lekarzy. 3) Lwowskie Towarzystwo ratunkowe. 4) Prawo wyborcze lekarzy w gminie. 5) Lekarze w Radach gminnych. — Lekarze okręgowi w Tyrolu.— Ankieta w sprawie lekarzy szkolnych. — Ochrona kobiet. — Borysiewicz: Pół wieku pracy lekarskiej S. Adlera.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 4. maja 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dra Jakóba Syropa: Leczenie i prostowanie zębów krzywo rosnących, ich związek ze zmianami w narządzie oddechowym (z demonstracyą modeli i aparatów).

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**. („Domek Szwajcarski").

Rabka.

Dr **Lang Otokar**. Willa „pod Luboniem".

Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger" IV.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Marienbad.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg".